RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTRÉAL-CENTRE

Le défi de l'accès 1998 2002

Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux

Bilan et enjeux

Octobre 2002

106-06319/

Le bilan du Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, le Défi de l'accès, est une production du Service des communications – Direction de l'information et de la planification de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Note : Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Directeur de l'information et de la planification
Louis Côté

Cueillette de l'information
Édith Lemay avec la collaboration de toutes les directions de la Régie régionale

Rédaction
Louis Côté
Loraine Desjardins
Hélène Perrault

Révision d'épreuves
Édith Lemay

Conception graphique et production
www.farleydw.com

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002.

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2002
ISBN 2-89510-083-7

Disponible aux services documentaires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
Tél. : (514) 286-5604

Ce document figure à la section *Documentation* du site Web de la Régie régionale de Montréal-Centre :
www.santemontreal.qc.ca

Le défi de l'accès 1998 2002

Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux

Bilan et enjeux

Octobre 2002

Table des matières

Mot du président-directeur général **6**

Résumé des grandes orientations du Défi de l'accès 1998-2002 ..... **12**

Les 12 mesures centrales **18**

Continuum de services en santé physique **19**

> Interventions de promotion et de prévention 19

> Mesure 1 Améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne 21

> Mesure 2 Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence 26

> Mesure 3 Améliorer l'accès aux soins et services ultraspécialisés 29

> Mesure 4 Améliorer l'accès aux services de prélèvement et aux analyses de laboratoire 34

Continuum de services aux personnes âgées **37**

> Mesure 5 Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie 37

Continuum de services aux personnes ayant une déficience physique **47**

> Mesure 6 Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive 47

> Mesure 7 Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté 49

Continuum de services en santé mentale **54**

> Mesure 8 Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté 54

Continuum de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle **58**

> Mesure 9 Desservir l'ensemble des personnes en attente de services 58

Continuum de services d'adaptation sociale **61**

Des priorités régionales de santé et de bien-être 61

Des solutions d'avenir face à la violence faite aux femmes 64

> Mesure 10 Jeunes : Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur 67

> Mesure 11 Alcoolisme / toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel 70

Les personnes itinérantes 72

Initiative de partenariats en action communautaire 72

Le logement social 73

Les services pour les joueurs pathologiques 73

Les services en sida 73

Pour l'ensemble des continuums : une mesure commune **75**

> Mesure 12 Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services 75

L'amélioration continue de la qualité et l'évaluation des résultats **76**

Les ressources humaines **84**

L'impact sur les systèmes d'information **88**

La situation financière **92**

L'information à la population **96**

Annexe 1 ..... **100**

Liste des tableaux

1 : Un continuum de services 17
2 : Info-Santé CLSC – Notoriété et taux d'utilisation 23
3 : Info-Santé CLSC – Nombre d'appels reçus 23
4 : Taux d'utilisation du service Info-Santé CLSC par tranche de 1000 personnes, selon la région sociosanitaire, Québec, 2000-2001 23
5 : Personnes desservies par les services à domicile après une hospitalisation 25
6 : Radio-oncologie 31
7 : Réseau intégré des laboratoires 36
8 : Évolution des lits de longue durée en CHSLD 1998-2002 37
9 : Lits disponibles pour les personnes d'expression anglaise 38
10 : Établissements désignés et indiqués 38
11 : Établissements ayant bénéficié de l'investissement de 9 M$ récurrent 39
12 : Lits de réadaptation fonctionnelle intensive 47
13 : POSILTPH – Évolution de la clientèle et de la liste d'attente 49
14 : POSILTPH – Évolution des développements budgétaires 49
15 : Clientèle desservie et clientèle en attente 50
16 : Développements reçus 50
17 : Programme clientèles 50
18 : Développements requis et reçus 51
19 : Nombre de lits fermés 55
20 : Budget de développement récurrent requis et obtenu - Accès aux services en CRDI 58
21 : Réorganisation de l'encadrement résidentiel en CRDI 59
22 : Nouveaux services et listes d'attente 59
23 : Clientèle TED – Service d'intervention comportementale intensive 59
24 : Taux d'admission jugée évitable pour 10 000 personnes 77
25 : Études de satisfaction menées auprès des usagers montréalais 79
26 : Grille d'interprétation des études de satisfaction 79
27 : Proportion des répondants très satisfaits de façon globale 80
28 : Sites pilotes 81
29 : Écart structurel régional 93
30 : Investissements de modernisation des infrastructures 94
31 : Investissements en équipements médicaux spécialisés 95
32 : Développements requis et obtenus pour le plan 1998-2002 100

Liste des graphiques

1 : Santé physique – Séjours de plus de 24 heures 26
2 : Santé physique – Séjours de plus de 48 heures 26
3 : Volume d'ambulances 27
4 : Chirurgie cardiaque adulte – Nombre de patients en attente 29
5 : Chirurgie cardiaque adulte – Attente de plus d'un mois 29
6 : Genou – Nombre de patients en attente 30
7 : Genou – Attente de plus de 6 mois 30
8 : Hanche – Nombre de patients en attente 30
9 : Hanche – Attente de plus de 6 mois 30
10 : Cataracte – Nombre de patients en attente 30
11 : Cataracte – Attente de plus de 6 mois 30
12 : Accès aux chirurgies – Nombre de chirurgies réalisées 30
13 : Accès aux chirurgies – Nombre d'usagers en attente 30
14 : Évolution du volume d'activité en imagerie médicale 32
15 : Évolution des coûts en imagerie médicale 32
16 : Évolution des coûts – Laboratoire de biologie médicale – Région de Montréal-Centre 35
17 : Évolution des coûts – Laboratoire de biologie médicale – Province de Québec 35
18 : Délai moyen d'accès en jours dans les lits réguliers 40
19 : Soins à domicile – Nombre de personnes âgées desservies 41
20 : Soins à domicile – Clientèle par groupe d'âge 41
21 : Soins à domicile – Heures de services rendus 41
22 : Performance du réseau 76
23 : Âge moyen des cadres – Région de Montréal 85
24 : Requêtes traitées 86
25 : Taux annuel de résolution de dossiers 86
26 : Inscription des salariés 87
27 : Développements requis et obtenus 92
28 : Pourcentage de surplus ou déficit net 93
29 : Pourcentage des autorisations temporaires d'emprunt 93
30 : Site Internet – Augmentation du nombre de sessions 97
31 : Site Internet – Nombre moyen de sessions par jour 98
32 : Site Internet – Nombre moyen d'impressions par jour 98

Liste des acronymes les plus souvent utilisés

CA	Centre d'accueil
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DRMG	Département régional de médecine générale
GMF	Groupe de médecine familiale
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MTS	Maladie transmise sexuellement
ORL	Otho-rhino-laryngologie
PAIP	Programme accéléré d'investissements publics
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PMO	Planification de main-d'oeuvre
RAMQ	Régie d'assurance-maladie du Québec
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RTSS	Réseau de télécommunication sociosanitaire
SIPA	Services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie
SIURGE	Système d'information sur la gestion des urgences
SOC	Soutien aux organismes communautaires
TED	Troubles envahissants du développement
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

Mot du président-directeur général

La fin de l'année 2001-2002 marquait une étape importante pour la Régie régionale de Montréal qui terminait la mise en œuvre du plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, le Défi de l'accès.

D'entrée de jeu, je veux remercier M. Marcel Villeneuve, directeur général, et Mme Kathleen Weil, présidente du conseil d'administration de la Régie régionale, qui ont été aux commandes au cours des dernières années et qui ont su brillamment relever le Défi de l'accès. Le travail colossal qu'ils ont accompli représente une contribution majeure à l'évolution du réseau montréalais de la santé.

Le Défi de l'accès a guidé l'action de la Régie régionale durant les quatre dernières années. Un bilan rigoureux en a été fait. Il nous a permis de dégager les enjeux du futur avec lesquels, dorénavant, nous bâtirons. Ce bilan est précieux. Je le vois comme une étape, un solide tremplin pour aller plus loin et pour développer de nouvelles façons d'atteindre nos objectifs. Ces objectifs prennent leur source dans le Défi de l'accès. Des bonnes idées ont germé au cours de ce plan. Nous en cueillons les fruits pour proposer les principales orientations du plan 2003-2006 très prochainement.

Je vous invite à lire le détail des réalisations accomplies de 1998 à 2002 et à prendre connaissance des enjeux qui constitueront nos défis des prochaines années.

Les objectifs de financement

Pour la période 1998-2002, la Régie régionale estimait à 155,8 M$ les développements budgétaires nécessaires à l'atteinte des objectifs inscrits au Défi de l'accès. Après quatre années de mise en œuvre, la Régie régionale a atteint 60 % de ses objectifs de financement, soit 92,8 M$ de crédits de développement. Ceci explique en partie pourquoi certaines mesures n'ont pu voir le jour ou n'ont pu être réalisées complètement. Fait important à rappeler cependant,

l'injection d'environ 160 M$ dans le réseau montréalais en 2000-2001 pour rehausser la base budgétaire des établissements publics afin de les aider à éponger leur déficit de même que l'apport significatif de 65 M$ en reconnaissance de certains facteurs de croissance de coûts ont contribué au maintien de conditions favorisant l'atteinte des objectifs.

1998-2002 – Une période de mouvance

Différents événements non prévus au point de départ ont marqué la période 1998-2002 : les travaux de la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux (Commission Clair), du Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (Comité Bédard) et la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux. Plus récemment, la nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux (projet de loi 28) venait apporter des modifications à la gouverne des Régies régionales et des établissements. L'établissement de contrats de performance entre la Régie régionale et le Ministère et entre la Régie régionale et les établissements confirme la volonté du gouvernement que soit généralisée une culture de gestion basée sur l'atteinte de résultats et l'évaluation de la performance.

L'accessibilité aux services médicaux de première ligne

L'objectif de créer un réseau intégré de services médicaux de première ligne en était un de taille. Le but visé était d'assurer à toute la population du territoire l'organisation et la prestation continue d'une gamme complète de soins et de services de santé de courte et longue durée. S'il n'est pas encore atteint, c'est d'abord qu'il fallait se donner les outils et les moyens de sa réalisation. Des étapes importantes ont été franchies : l'ensemble des omnipraticiens du territoire partagent aujourd'hui cet objectif, un modèle de groupe de médecine familiale (GMF) a été élaboré pour répondre aux besoins spécifiques des Montréalais et deux regroupements de médecins intéressés à devenir des futurs GMF ont été désignés. Nous avons aussi fait avancer l'idée de la mise sur pied d'une quarantaine de cliniques dites « pivots » qui, en complémentarité avec les GMF, offriraient à la population une accessibilité accrue à des services médicaux, sans rendez-vous. Cet important chantier devra être remis à l'agenda. Nous continuerons de travailler afin de concrétiser le plus rapidement possible les priorités du Département régional de médecine générale :

> La mise en place des groupes de médecine familiale

> La réorganisation des services médicaux en maintien à domicile

> La prise en charge des clientèles vulnérables

> Le réseau d'accessibilité en heures défavorables via une quarantaine de cliniques pivots.

L'ensemble des travaux réalisés au cours de la période 1998-2002 constitue une contribution majeure à l'élaboration d'un réseau intégré de services médicaux de première ligne à Montréal.

L'urgence des urgences

La situation des urgences demeure préoccupante. Nous constatons que la durée de séjour à l'urgence s'est allongée depuis 1998-1999 : les séjours de plus de 24 heures sont passés de 22,2 % à 26,2 % et ceux de plus de 48 heures sont passés de 3,5 % à 9,8% en 2001-2002. La difficile situation des urgences illustre bien la complexité du réseau et de l'interdépendance de ses composantes.

Les solutions à l'engorgement dépendent, entre autres, de l'implantation d'une première ligne médicale forte, de l'ouverture des centres ambulatoires, de la pertinence des hospitalisations et de la durée des séjours, de la disponibilité des lits de courte durée, de l'utilisation optimale des

ressources d'hébergement de longue durée et de services de réadaptation, et finalement, du renforcement des soins et services à domicile.

Tout au long du Défi de l'accès, des efforts constants et la mise en place de nombreuses mesures d'appoint ont permis de réduire les problèmes d'engorgement et la pression vécue dans les hôpitaux. L'implantation du guide de gestion des urgences du Ministère dans toutes les salles d'urgence et l'implantation généralisée d'un système d'information clinique et administratif sont aussi au nombre des solutions d'avenir. Quant aux centres ambulatoires, le centre de l'Hôpital général du Lakeshore pourra accueillir bientôt ses premiers patients et celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a fait l'objet d'une annonce cette année. Les centres ambulatoires sont bien positionnés. Reste à travailler pour qu'ils voient le jour au cours des prochaines années.

L'accès aux soins ultraspécialisés

Le nombre de chirurgies réalisées dans les secteurs ciblés tels la chirurgie cardiaque, la neurologie, l'orthopédie, l'ophtalmologie et la radio-oncologie a augmenté globalement à chaque année depuis 1998-1999. A titre d'exemple, pour le secteur de l'ophtalmologie, on note une augmentation de 36% du volume des opérations par rapport à la première année du Défi de l'accès. Pour l'année 2001-2002, ce même secteur a dépassé ses objectifs quant aux chirurgies planifiées avec un score de 110%. Malgré ces bonnes notes, les délais d'attente ne diminuent pas car la demande pour ces services augmentent aussi chaque année.

Le Défi de l'accès pour les groupes plus vulnérables

Le plan 1998-2002 avait ciblé des groupes plus vulnérables de la population : les personnes âgées en perte d'autonomie, celles ayant une déficience physique ou intellectuelle, les personnes souffrant de troubles mentaux et finalement, les jeunes aux prises avec des difficultés d'adaptation sociale. L'examen du bilan démontre que l'ensemble de ces clientèles a pu bénéficier d'un meilleur accès aux services et d'une amélioration quant à l'intégration de ces derniers. Cependant, les continuums de services aux personnes âgées et aux personnes ayant une déficience physique ont connu un sous-financement par rapport aux besoins à combler. Il faudra maintenir les efforts auprès des clientèles vulnérables afin qu'elles puissent bénéficier de services qui répondent à leurs besoins spécifiques.

Une Régie régionale encore et toujours de plus en plus montréalaise

Montréal partage avec l'ensemble des grandes villes nord-américaines des caractéristiques et des problématiques qui viennent teinter le réseau de la santé et des services sociaux d'une couleur particulière : densité de population importante, fort pourcentage de personnes âgées vivant seules, taux de chômage plus élevé que celui de l'ensemble du Québec, terre d'accueil et de résidence de 70% des immigrants du Québec, plus grande incidence de certaines maladies comme les maladies pulmonaires obstructives chroniques. L'itinérance, la dépendance au jeu excessif, la violence faite aux femmes, pour ne nommer que quelques problématiques sociales, s'ajoutent au portrait déjà complexe d'une grande ville.

L'organisation des services de santé et des services sociaux pour desservir des clientèles aussi diversifiées fait du réseau montréalais un réseau particulier. Nous devons trouver plusieurs solutions à plusieurs problématiques, des solutions sur mesure. La Régie régionale a développé une importante expertise dans ce domaine et entend continuer à travailler en ce sens. Avec la création d'une nouvelle grande ville unifiée, la Régie régionale, déterminée à être plus montréalaise que jamais, est convaincue qu'elle a maintenant une alliée de taille avec qui elle entend bâtir un solide partenariat.

Les enjeux de l'avenir

Les enjeux pour les prochaines années sont nombreux. À la fin de chaque section du bilan, nous vous présentons plus en détails ceux que nous croyons incontournables, notamment l'organisation des services médicaux de première ligne, l'amélioration de l'accès à la chirurgie, l'organisation des services de façon à pouvoir répondre à l'évolution des besoins de la population (nouvelles problématiques urbaines, vieillissement de la population, développement technologique), la croissance des dépenses versus notre capacité d'accroître nos revenus ou de générer des économies en étant plus efficients, l'usure du parc des ressources, les coûts reliés à l'installation et au maintien des actifs en informatique, l'établissement des priorités en matière d'équipements spécialisés et d'équipements informatiques, et le coût des médicaments.

La pression sur les dépenses dans le secteur de la santé et des services sociaux est de plus en plus forte. Depuis 5 ans, le gouvernement du Québec lui a consacré une augmentation de 4,5 milliards de dollars. Au cours de cette période, ce secteur s'est vu octroyer près des deux tiers des nouvelles dépenses du gouvernement du Québec. Étant donné les limites gouvernementales à investir, nous devrons continuer à faire du développement budgétaire ciblé, à encourager la mise en réseau et à planifier une meilleure organisation des ressources.

La Régie régionale, au service des Montréalais et des Montréalaises, continuera de répondre à leurs besoins, des besoins qu'ils ont exprimés par voie de sondage en 1998 et qui apparaissent encore d'actualité au terme des quatre années du Défi de l'accès :

> Améliorer les services d'urgence

> Améliorer l'accès aux chirurgies et à la radiothérapie en réduisant les listes d'attente

> Accroître les soins aux personnes âgées en perte d'autonomie dans les centres d'hébergement et dans les services de maintien à domicile

> Améliorer l'accès aux soins médicaux par des services avec et sans rendez-vous accessibles 365 jours par année de 8h00 à 22h00

> Consacrer plus d'efforts pour répondre aux besoins des jeunes en difficulté.

La fin d'une étape - remerciements

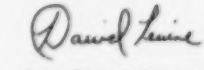
Des milliers d'hommes et de femmes ont travaillé depuis quatre ans à l'atteinte des objectifs du Défi de l'accès. La fin de ce plan constitue une occasion unique pour les remercier particulièrement :

> La participation des établissements et des médecins omnipraticiens était une condition de succès pour la mise en place d'une première ligne médicale forte. Merci à tous ceux et celles qui se sont appropriés le Défi de l'accès;

> Tout le personnel de la Régie régionale de Montréal-Centre qui, au quotidien, a travaillé avec engagement à l'atteinte des objectifs du Défi de l'accès. Si la Régie régionale connaît bien le milieu et ses besoins, c'est que l'apport du personnel y est déterminante;

> Les membres du conseil d'administration de la Régie régionale de l'équipe 1998-2002.

Faire un bilan, c'est se tourner vers le passé pour préparer l'avenir : éclairée sur les enjeux futurs, la Régie régionale est prête pour entreprendre la suite. Les Montréalaises et les Montréalais comptent sur elle.



Le président-directeur général
David Levine

Résumé des grandes orientations du Défi de l'accès 1998-2002

Le Défi de l'accès 1998-2002 avait comme objectif d'améliorer les délais d'accès pour des soins et des services importants pour la santé de la population. Il s'appuyait sur douze mesures centrales intégrées dans six continuums de services. De grandes orientations ont guidé l'ensemble des choix. Le présent chapitre propose un résumé de ces orientations et présente les six continuums de services.

Veuillez prendre note que les chiffres qui apparaissent dans ce chapitre sont ceux de la version intégrale du Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 – Le Défi de l'accès au moment de sa publication en juin 1998.

Des orientations générales

1. Une vision métropolitaine des services
2. Une approche réseau
3. Des services publics à la bonne vitesse
4. L'enseignement et la recherche

1. Une vision métropolitaine des services

Montréal assure des services spécialisés et ultraspécialisés non seulement à ses seuls résidants, mais à l'ensemble de la population métropolitaine et, dans certains cas, à l'ensemble du Québec. Étant donné qu'il n'existe aucune frontière entre les différents territoires, la population a librement accès, au-delà des limites administratives, à l'ensemble des ressources en fonction de ses besoins. Le bassin de desserte du réseau montréalais est plutôt métropolitain : 34% des services dispensés dans un centre hospitalier de Montréal sont utilisés par des personnes qui ne résident pas sur l'île de Montréal. Ces personnes proviennent en majorité de Laval ainsi que des couronnes nord et sud. Elles requièrent surtout des

soins ultraspécialisés (53%), mais aussi des soins spécialisés (36%) et même des soins généraux (29%). Pour maintenir la qualité des soins spécialisés et ultraspécialisés, une masse critique est nécessaire à la prestation de ces services.

L'impact sur la gestion des services

> *Une approche métropolitaine pour l'accès aux services spécialiés*

Nous pensons que le Ministère et nos partenaires dans la région métropolitaine doivent reconnaître la réalité de cet espace métropolitain et collaborer à une planification intégrée de l'organisation des services spécialisés.

> *Des enveloppes budgétaires nationales adéquates*

Certains services ultraspécialisés ont un bassin de desserte qui englobe la grande région métropolitaine (et, dans certains cas, tout le Québec). La création d'enveloppes nationales pour financer ces services est la voie de la solution.

> *Une approche locale ou régionale pour l'accès aux services de première ligne*

L'accès aux services de première ligne doit être assuré sur une base locale dans chacune des régions.

2. Une approche réseau

Le réseau montréalais est composé d'une multiplicité d'acteurs qui contribuent à assurer une réponse aux besoins de la population : 150 établissements, plus de 400 cliniques médicales et cabinets privés, 4500 médecins, 400 organismes communautaires.

Afin d'assurer une continuité des soins et services, la Régie régionale a opté en 1995 pour la mise en place d'un réseau interactif entre les différents partenaires. Ainsi, un médecin qui prescrit des soins postopératoires à domicile à son patient doit s'assurer auprès du CLSC concerné que le service est disponible et s'entendre sur le suivi à donner.

Deux conditions sont toutefois essentielles à l'instauration et au bon fonctionnement d'un réseau :

> S'assurer que chaque composante dispose de ressources appropriées pour jouer efficacement son rôle,

> Mettre en place des mécanismes de liaison interactifs fonctionnels.

Cette approche exige que les partenaires du réseau convergent vers des objectifs communs, coordonnent leurs actions et acceptent d'adopter des normes et standards de communication uniformes.

3. Des services publics à la bonne vitesse

La Régie régionale de Montréal veut consolider et continuer à développer l'accessibilité à des services publics de qualité dans le domaine de la santé et des services sociaux. La meilleure façon d'éviter l'instauration de deux systèmes de services, l'un pour les riches et l'autre pour les pauvres, est certainement de miser sur l'amélioration de la performance du réseau public en optimisant toutes les ressources à notre disposition.

Toutefois, la volonté de maintenir le caractère public des services peut aller de pair avec une collaboration du secteur privé, notamment dans les services d'hébergement et de soins de longue durée, dans la recherche et dans l'implantation d'industries reliées au domaine de la santé telles industries pharmaceutiques, biotechnologiques, des technologies de l'information et de consultations. Actuellement, le partenariat développé avec le secteur privé se retrouve dans des créneaux où cette contribution peut apporter une valeur ajoutée réelle au plan économique, social ou à celui de la qualité des services.

4. L'enseignement et la recherche

La région de Montréal comptera bientôt neuf établissements universitaires. En plus, la Régie régionale poursuivra ses interventions pour des désignations universitaires dans le domaine de la santé mentale (institut universitaire de santé

mentale) et dans le domaine des CLSC (centre affilié universitaire).

L'enseignement et la recherche sont des composantes essentielles pour améliorer les services à la population. À ce titre, le soutien et le financement de ces activités constituent un enjeu majeur. Dans ce domaine, la Régie régionale recommande la constitution d'une enveloppe nationale pour l'enseignement et la recherche, comme celle qui est dédiée aux services ultraspécialisés, pour supporter la mission des centres universitaires.

Des orientations spécifiques à maintenir et à accentuer

1. Des services accessibles au bon moment, au bon endroit;
2. Des activités de promotion et de prévention mieux intégrées;
3. Cibler au lieu de saupoudrer;
4. Le balisage avec les meilleures pratiques;
5. L'amélioration continue de la qualité pour tous;
6. La reconnaissance du communautaire et du partenariat intersectoriel;
7. Le respect des caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population.

1. Des services accessibles au bon moment, au bon endroit

De nos jours, il existe une tendance sociale très forte qui se traduit par le désir de demeurer à la maison le plus longtemps possible, tant que le niveau d'autonomie des personnes le permet. Cette situation requiert une utilisation optimale et judicieuse de toutes les ressources accessibles à partir du domicile et de la communauté jusqu'à celles offertes en institution. De plus, utiliser le bon niveau de soins au bon moment est plus économique, et pour le réseau, et pour la population. Cette tendance à privilégier le maintien dans le milieu de vie naturel est présente dans tous les continuums de services.

2. Des activités de promotion et de prévention mieux intégrées

Le Défi de l'accès propose d'ajouter une troisième orientation à celles déjà présentes dans le plan de réorganisation du réseau de 1995-1998 :

> Intégrer les mesures efficaces de prévention et de promotion au sein des continuums de services.

3. Cibler au lieu de saupoudrer

Le saupoudrage de ressources sur un trop grand nombre de mesures est selon nous inefficace. En continuité avec les précédents, ce plan choisit de concentrer ses efforts sur un nombre plus limité de cibles, et ce, selon leur importance pour la population et notre capacité d'agir pour réaliser les améliorations souhaitées.

4. Baliser avec de meilleures pratiques

Dans un contexte équivalent et avec des ressources comparables, nous voulons, en matière de services, atteindre les standards de qualité et d'efficience les meilleurs au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde.

Pour atteindre les meilleurs standards, il faut être en mesure d'évaluer objectivement sa performance, la comparer aux meilleurs dans chaque domaine, faire le bon diagnostic des éléments à améliorer, changer les façons de faire.

L'utilisation de cette approche dans l'ensemble des continuums de services à la population ainsi que dans l'analyse de la performance des services administratifs et de soutien constitue la solution privilégiée pour arriver à identifier les pistes d'amélioration.

5. L'amélioration continue de la qualité pour tous

En 1994, la Régie régionale a initié une démarche visant à orienter le réseau régional vers l'adoption d'un processus intégré d'amélioration continue de la qualité des services. Le plan 1998-2002 veut continuer à soutenir une approche intégrée et généralisée d'amélioration continue pour tous. Cela signifie :

> Améliorer, dans tous les continuums de services et de façon continue, la qualité aux plans de la satisfaction de la population, de l'efficience et de l'impact sur la santé et le bien-être;

> Se doter d'une stratégie intégrée de développement des compétences et de mobilisation du personnel;

> Développer un nouveau tableau de bord couvrant tous les aspects de la qualité;

> Procéder à une évaluation de la qualité intégrée aux résultats obtenus par plusieurs mesures importantes du plan 1998-2002 dont l'efficience (délais d'accès, volume, coûts, etc.), la satisfaction des usagers et l'impact sur la santé (morbidité, mortalité, réhospitalisation);

> Implanter, à l'échelle du réseau, une reddition de compte intégrée;

> Passer des projets pilotes à une généralisation des programmes d'amélioration continue.

6. La reconnaissance du communautaire et du partenariat intersectoriel

La Régie régionale reconnaît que l'engagement volontaire et bénévole d'une collectivité en vue de trouver des moyens de répondre à des besoins nouveaux ou non satisfaits, ou de proposer des approches différentes, s'exprime de façon éminente par l'action des organismes communautaires. Cette vision doit se concrétiser par la poursuite de la consolidation financière des groupes communautaires.

Dans le plan d'amélioration 1998-2002, la Régie régionale s'oriente vers l'adoption d'un cadre de reconnaissance des organismes communautaires où seront formellement identifiés les principes et orientations qui guideront nos relations avec eux. De plus, nous avons choisi d'accentuer la concertation intersectorielle autant au plan régional que local. Cette concertation implique nos partenaires du milieu communautaire comme ceux des secteurs de l'éducation, des municipalités, de la justice, de la sécurité publique, des communautés culturelles et de l'immigration, du développement social et économique, en fonction d'objectifs communs et librement partagés.

7. Le respect des caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population

L'île de Montréal constitue une mosaïque riche et diversifiée : 24 % de la population de la région est immigrante comparativement à 9 % de l'ensemble des Québécois. Près de six résidants sur dix sont francophones; les anglophones représentent 20 % de la population et les allophones 22 %.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la culture des personnes desservies constitue un élément important. Le respect de cette diversité ethnoculturelle et linguistique représente une orientation essentielle pour la Régie régionale.

Dans le plan 1998-2002, cette préoccupation est au cœur de plusieurs mesures notamment en ce qui concerne les services aux personnes âgées, les services aux jeunes, la promotion et la prévention et les services présents dans l'ensemble des continuums.

Vers une gestion préventive de l'offre de service

Pour maintenir la population en santé le plus longtemps possible et lui offrir des services pertinents tout en tenant compte que les ressources disponibles vont demeurer limitées, la Régie régionale veut explorer une approche plus

préventive dans sa gestion de l'offre de service. Ceci consiste à adapter l'offre de service aux divers groupes de population en fonction de leurs besoins spécifiques. Elle préconise d'agir avant que les risques, les problèmes ou leurs conséquences ne surviennent, et ce, chaque fois que c'est possible.

Pour la Régie régionale, une approche préventive signifie :

> Qu'il faut viser à augmenter le nombre de personnes qui sont et demeurent en santé;

> S'assurer que le plus rapidement et le plus activement possible les personnes qui présentent des facteurs de vulnérabilité, des facteurs de risque ou un problème à ses débuts, reçoivent des services adaptés à leur condition dans leur milieu de vie naturel. Une intervention précoce aura pour effet de maintenir leur santé et leur bien-être le plus longtemps possible et réduira le besoin de recourir aux services plus coûteux.

> Offrir aux personnes malades ou présentant une incapacité les services les plus efficaces, adaptés à leurs besoins, de la manière la plus pertinente et efficiente possible. Une gestion préventive devrait également permettre que le nombre de personnes appartenant à ce groupe demeure le plus faible possible, tout comme la demande de services plus lourds et plus coûteux.

Pour s'assurer qu'une plus grande part de la population demeure en santé le plus longtemps possible et, compte tenu de l'impact des déterminants sociaux et économiques sur la santé et le bien-être de la population, la Régie régionale désire, en collaboration avec d'autres partenaires (milieu municipal, milieu scolaire, milieu des affaires), travailler à l'amélioration des conditions et milieux de vie qui sont souvent associés aux problèmes de santé et de bien-être. Nous croyons, par cette approche, que les professionnels du réseau pourront avoir, ensemble, davantage d'impact sur la santé et le bien-être de la population.

La consolidation et l'amélioration des services : 6 continuums de services et 12 mesures centrales

Les 6 continuums de services

Le Défi de l'accès s'articule autour de 12 mesures centrales regroupées au sein de 6 continuums de services :

Continuum de services en santé physique

> Interventions de promotion et de prévention

Mesure 1 Améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne

Mesure 2 Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence

Mesure 3 Améliorer l'accès aux soins et services ultraspécialisés

Mesure 4 Améliorer l'accès aux services de prélèvement et aux analyses de laboratoire

Continuum de services aux personnes âgées

Mesure 5 Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie

Continuum de services aux personnes ayant une déficience physique

Mesure 6 Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive

Mesure 7 Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté

Continuum de services en santé mentale

Mesure 8 Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté

Continuum de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle

Mesure 9 Desservir l'ensemble des personnes en attente de services

Continuum de services d'adaptation sociale

> Des priorités régionales de santé et de bien-être

> Des solutions d'avenir face à la violence faite aux femmes

Mesure 10 Jeunes : Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur

Mesure 11 Alcoolisme/toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel

> Les personnes itinérantes

> Les services pour les joueurs pathologiques

> Les services en sida

Pour l'ensemble des continuums : une mesure commune

Mesure 12 Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services

Chaque continuum comporte des services accessibles, continus et intégrés. Un continuum suppose des modalités d'articulation entre les divers dispensateurs ainsi qu'aux différents niveaux d'intervention. Ces modalités contribuent à optimiser la continuité des services dans une perspective de fonctionnement en réseau et minimisent le cloisonnement entre les différents niveaux d'intervention.

Tableau 1
Un continuum de services

Information
↕
Promotion-prévention
↕
Support
↕
Services de base
↕
Intervention de crise ou d'urgence, soins aigus
↕
Traitement spécialisé ou ultraspécialisé
↕
Réadaptation/réintégration sociale

Les 12 mesures centrales

Le prochain chapitre présente le bilan des mesures centrales relatives à chacun des continuums de services.

Les **12 mesures** centrales

1	Améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne
2	Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence
3	Améliorer l'accès aux soins et services ultraspécialisés
4	Améliorer l'accès aux services de prélèvement et aux analyses de laboratoire
5	Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie
6	Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive
7	Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté
8	Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté
9	Desservir l'ensemble des personnes en attente de services
10	Jeunes : Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur
11	Alcoolisme / toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel
12	Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services

CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE

Interventions de prévention et de promotion

En santé physique, les programmes de prévention et de promotion contribuent à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes. La lutte au cancer du sein est l'une des quatre priorités régionales de santé et de bien-être à laquelle la Régie régionale a accordé une attention particulière.

Par ailleurs, des éléments des priorités nationales retenues par le Ministère ont été pris en compte dans l'élaboration et la réalisation du Défi de l'accès. Nous vous en présentons un bref bilan.

La lutte au cancer du sein

Depuis l'instauration du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) à Montréal, on note une tendance à la hausse du taux de couverture à la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans. En effet, ce taux est passé de 53,1 % en 1997-1998 à 59,7 % en 1999-2000. Les Montréalaises ont donc capté le message que la mammographie est un examen important. Il faut aussi rappeler qu'un des buts du programme de dépistage systématique est d'assurer un dépistage répondant à de très hauts standards de qualité, d'efficacité et d'efficience, ce que garantissent les centres désignés par le programme de dépistage.

Un défi important à relever est d'inciter les femmes à se présenter non seulement pour une première mammographie, mais à refaire la mammographie aux deux ans, d'où l'importance de la collaboration des partenaires impliqués dans la priorité Cancer du sein. Ainsi, d'avril 1998 à mars 2002, plus d'une centaine d'associations ou de groupes en contact avec des femmes plus difficiles à joindre ont été sensibilisés à la question de la prévention et du dépistage du cancer du sein. Plus de 15 000 femmes ont été jointes par des ateliers ou des kiosques d'information, des consultations individuelles ou par d'autres activités telles les pièces de théâtre et les concours. En outre, de nombreuses femmes ont été jointes par des émissions télévisées, différents médias écrits tels des magazines féminins populaires, des journaux locaux, des bulletins d'organismes communautaires, de CLSC ou de regroupements professionnels.

La période 1998-2002 est caractérisée par la mise en place d'instances de concertation régionale, notamment la Table de concertation des infirmières et des intervenantes en cancer du sein instaurée par les CLSC et la Table communautaire intersectorielle sur la prévention et le dépistage du cancer du sein de Relais-Femmes. Un nouveau projet est également initié dans le but de soutenir et accompagner les femmes qui vivront l'attente de diagnostic. Le partenariat solide ainsi établi entre le réseau de la santé et le réseau communautaire constitue une assise cruciale pour s'assurer que le programme de dépistage réponde adéquatement aux besoins des femmes de Montréal et puisse atteindre son objectif de rejoindre au moins 70 % des femmes visées par ce programme.

Les maladies évitables par l'immunisation

Au chapitre de l'influenza, le Défi de l'accès avait, entre autres, fixé chez les groupes cibles un taux de couverture vaccinale de 60 % en milieu ouvert (dans la communauté) et de 80 % en milieu fermé (en institution). Les résultats des deux dernières années montrent que cet objectif a été presque entièrement atteint. Pour le groupe des personnes âgées de 65 ans et plus, nous sommes passés de 54,7 % à 56,8 % en milieu ouvert et de 78,7 % à 80,3 % en milieu fermé.

Par ailleurs, plusieurs activités visant à améliorer la couverture vaccinale pour l'hépatite A et B auprès de populations vulnérables tels les décrocheurs et hommes gais, mais aussi auprès des utilisateurs de drogues injectables, des jeunes de la rue et en milieu carcéral ont eu lieu. Des mesures visant à obtenir un meilleur portrait de la couverture vaccinale auprès de ces populations ont aussi été mises en place.

Le tabagisme

Les jeunes ont fait l'objet de préoccupations : l'ampleur du tabagisme chez les 15 ans et plus a été documentée par le biais de deux enquêtes régionales et nous avons collaboré à deux enquêtes québécoises chez les jeunes du secondaire. Aussi, une étude a été amorcée en 1999 auprès de 1 200 étudiants du premier secondaire pour comprendre l'histoire naturelle de la dépendance des jeunes à la nicotine. Par ailleurs, un projet pilote actuellement en cours dans deux cégeps de Montréal permettra d'identifier des stratégies efficaces en matière de cessation tabagique pour les jeunes.

Un projet de cinq ans initié en 1997 et portant sur l'optimisation des pratiques de counselling en cessation tabagique des médecins omnipraticiens de Montréal démontre des résultats positifs. Au chapitre de l'implantation de la nouvelle *Loi sur le tabac*, la Direction de la santé publique a participé à une opération d'information en réalisant plus de 5 000 appels auprès d'exploitants d'établissements commerciaux de la région. Enfin, l'équipe de réduction du tabagisme a réalisé en 2001-2002 un inventaire des services en matière d'abandon du tabac sur le territoire ainsi que des consultations en vue d'améliorer l'organisation de ces services.

Santé cardio-vasculaire

Les activités en santé cardio-vasculaire ont débuté en 2000. Parmi les principales, notons la production de deux rapports sur l'épidémiologie de l'insuffisance cardiaque à Montréal. Également, deux études sur l'organisation des soins et services offerts aux patients insuffisants cardiaques ont été réalisées. De plus, des sessions de formation médicale et professionnelle continue ont été développées ainsi qu'un outil d'éducation destiné au patient insuffisant cardiaque : *L'insuffisance cardiaque, j'ai du cœur et j'y tiens.*

Santé environnementale et santé au travail

Les principaux thèmes des études et recherches réalisées en santé environnementale sont les conditions de logements en lien avec la santé, l'exposition des résidents à la fumée de combustion de bois, la surveillance de l'asthme pédiatrique, un protocole d'intervention lors d'actes terroristes, un plan d'action en matière de développement durable et les infections nosocomiales environnementales.

Les services de santé au travail sont déployés dans les 6 000 entreprises de l'île de Montréal. En plus du maintien des programmes de santé spécifiques en établissement comme celui de l'évaluation des conditions de travail de plus de 7 000 travailleuses enceintes ou qui allaitent, certains programmes spécifiques par secteurs industriels ont été développés. De plus, une vaste campagne de prévention a été réalisée dans le cadre de la prévention de l'hépatite B et du tétanos auprès des policiers et des agents correctionnels. Des stratégies sectorielles d'intervention visant à réduire les troubles musculo-squelettiques ont été développées dans les secteurs de la boulangerie et de l'hôtellerie. En matière de prévention de la violence en milieu de travail, un soutien a été apporté au niveau du diagnostic organisationnel et de la recherche de solutions.

Mesure 1 | Améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne en santé physique et en santé mentale

Un réseau maintenant prêt à passer à l'action...

Afin d'atteindre ses objectifs de qualité et d'efficience dans l'amélioration de la prestation des services médicaux de première ligne, la Régie régionale devait initier l'organisation d'un réseau global et intégré de services médicaux généraux sur son territoire.

Ce réseau doit impliquer tous les médecins omnipraticiens du territoire de la Régie régionale qui offrent des services médicaux de première ligne, en santé mentale et en santé physique, quel que soit leur milieu d'exercice. Ce réseau de soins généraux devra être étroitement lié aux autres réseaux de soins spécialisés du deuxième et troisième lignes.

La création du Département régional de médecine générale (DRMG) constitue le moyen privilégié pour mettre sur pied et actualiser le réseau intégré de services médicaux de première ligne.

Un objectif de taille

L'objectif de créer un réseau intégré de services médicaux de première ligne qui doit assurer à toute la population du territoire l'organisation et la prestation continue d'une gamme complète de soins et de services de santé de courte et longue durée en était un de taille. Des étapes importantes ont été franchies, mais cet important chantier devra être remis à l'agenda. Si l'objectif n'est pas encore atteint, c'est que pour y arriver il fallait d'abord se donner les outils et les moyens de sa réalisation. La création du Département régional de médecine générale (DRMG) allait dans ce sens.

Le Département régional de médecine générale : un moyen d'action privilégié pour faire émerger une vision commune

Le DRMG regroupe tous les médecins omnipraticiens qui pratiquent à Montréal, que ce soit en établissement ou en cabinet privé. Au 31 mars 2002, celui-ci comptait près de 2 100 membres.

De par son mandat, le DRMG doit notamment définir un réseau d'accessibilité aux services médicaux. Créé en 1999, c'est à l'automne 2000 que son comité de direction a vu le jour par voie d'élections. L'année 2000-2001 a été nécessaire à sa structuration. Elle a aussi été marquée par une tournée d'information auprès de 500 médecins dans les six sous-régions du territoire montréalais. Les rencontres avaient pour but de présenter les paramètres d'une meilleure organisation des services médicaux au Québec, de connaître la façon de voir, les idées et les intérêts des médecins omnipraticiens et d'échanger sur la mise en place de solutions efficaces qui permettraient d'améliorer le réseau de services de santé et de services sociaux pour la population montréalaise. La tournée marquait le coup d'envoi d'une essentielle étape de consultation, de discussion et de réflexion sur les modèles possibles d'organisation des services de première ligne à Montréal, au cœur d'un réseau complexe, si on considère son ampleur et sa diversité : environ 2,1 millions de personnes sont desservies par des milliers de travailleurs de la santé, des centaines de groupes communautaires, 2 000 médecins omnipraticiens et 3 300 médecins spécialistes, environ 350 cliniques et cabinets médicaux, 29 CLSC, de nombreux centres de soins de longue durée et de réadaptation, des hôpitaux communautaires et des centres universitaires. Faire partager une vision pour solidifier un réseau complexe, dans un contexte de pénurie, voilà globalement à quel objectif s'est attaqué le DRMG.

Des conditions de succès qui tardent à se concrétiser

En ce qui a trait à la pratique médicale, des conditions préalables devaient être actualisées pour nous permettre

d'atteindre nos objectifs. Elles demeurent encore aujourd'hui toujours l'objet de discussions : la conclusion d'une entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec permettant la rémunération de la prise en charge et favorisant la mise sur pied d'un réseau intégré de médecine générale; la levée du décret réduisant de 30% la rémunération des nouveaux omnipraticiens désirant s'installer sur l'île de Montréal.

Au terme de ces deux années de démarrage, le DRMG a, sans contredit, apporté une contribution majeure à l'élaboration d'un réseau intégré de services médicaux de première ligne.

Les groupes de médecine familiale et les cliniques « pivots » : des composantes complémentaires d'un réseau intégré

En vue de l'implantation des groupes de médecine familiale (GMF), le DRMG a collaboré à la désignation des regroupements de médecins intéressés à devenir des futurs GMF. Le comité de direction du DRMG a par ailleurs élaboré et proposé un modèle montréalais de GMF, c'est-à-dire conçu pour répondre aux caractéristiques et aux besoins particuliers de la population montréalaise. Il a collaboré à la gestion administrative des deux regroupements de Montréal retenus pour devenir éventuellement des GMF, soit le GMF de Verdun et le GMF du Faubourg. Avec les autres partenaires du réseau de santé montréalais, particulièrement les CLSC et les médecins pratiquant dans des cliniques, le DRMG a participé aux discussions visant à rendre fonctionnels les GMF le plus rapidement possible.

Une autre composante du réseau intégré de services médicaux de première ligne qui a fait l'objet de nombreux travaux est le projet de création d'un réseau d'accessibilité aux services médicaux généraux aux heures actuellement moins bien desservies par la mise sur pied d'une quarantaine de cliniques dites « pivots » sur le territoire montréalais. Cette autre composante du réseau offrirait à la population une accessibilité accrue à des services médicaux au bon moment, au bon endroit et par le bon médecin, sans rendez-vous, de 9 h à 21 h, 365 jours par année, tout en permettant l'accès à des consultations médicales avec rendez-vous pour assurer la prise en charge des patients. Ce modèle pourrait s'implanter assez rapidement et permettre que cohabitent différentes composantes qui solidifieraient le réseau par leur complémentarité et la synergie créée.

Des projets novateurs

Le DRMG a aussi travaillé à la réorganisation des services médicaux en maintien à domicile par la mise sur pied d'un projet de garde infirmière et médicale associée aux centrales Info-Santé 24/7 des CLSC pour des clientèles vulnérables prioritaires (soins palliatifs, maladies pulmonaires obstructives chroniques, insuffisance cardiaque, condition médicale aiguë ou chronique qui engendre une perte d'autonomie permanente ou temporaire). Les territoires des CLSC des centrales Info-Santé Métro et du Vieux La Chine seront les premiers à bénéficier de ces services. En santé mentale et en pédiatrie, la mise sur pied d'un modèle de soins partagés favorisant la coopération entre médecins spécialistes et médecins généralistes a été amorcée.

Par ailleurs, le DRMG a réfléchi à la nécessaire contribution et continuation dans la dispensation de services médicaux de première ligne des autres composantes du réseau intégré que sont les CLSC, les cabinets et cliniques médicales et les unités de médecine familiale. Le réseau de services médicaux de première ligne permettrait de mieux coordonner l'effort de la communauté médicale pour prendre en charge les clientèles vulnérables, comme des patients fragilisés qui n'ont pas de médecin de famille et qui séjournent régulièrement dans les salles d'urgences. De plus, un réseau bien structuré permettrait de créer de véritables interfaces entre la première ligne et les deuxième et troisième lignes.

Des compléments essentiels aux soins et services médicaux de première ligne

> *Le service Info-Santé CLSC*

La notoriété du service Info-Santé CLSC à Montréal et son taux d'utilisation sont demeurés relativement stables de 1998 à 2002.

Tableau 2
Info-Santé CLSC — Notoriété et taux d'utilisation

	1998			2002
	Ensemble du Québec	Québec	Montréal	Montréal
Notoriété	74,6 %	85,8 %	70,0 %	72,6 %
Taux d'utilisation	23,2 %	27,8 %	20,5 %	22,9 %

Le taux de notoriété et d'utilisation était inférieur à la moyenne du Québec en 1998 et beaucoup moindre que les taux observés dans la région de Québec où il y a un numéro unique alors qu'à Montréal, il s'agit d'un service décentralisé dans les 29 CLSC qui ont chacun un numéro de téléphone distinct.

À 298, le taux montréalais d'utilisation par 1 000 personnes est inférieur à la moyenne québécoise (323), mais supérieur au taux observé dans des régions fortement urbanisées comme Québec (257) et Laval (285).

De façon significative, le service est plus connu des femmes, des personnes âgées de 35 à 44 ans, de scolarité de niveau collégial et francophones. Parmi ceux qui connaissent le service Info-Santé CLSC, les personnes de 25 à 34 ans l'utilisent plus que les personnes âgées de 55 ans et plus.

Tableau 3
Info-Santé CLSC — Nombre d'appels reçus

1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
551 443	552 219	532 478	534 853	559 261

Le nombre d'appels reçus annuellement semble avoir atteint un plateau. Le service reçoit environ 1 532 appels par jour, soit un à chaque minute, en moyenne.

Tableau 4
Taux d'utilisation du service Info-Santé CLSC par tranche de 1000 personnes, selon la région sociosanitaire, Québec, 2000-2001

Région sociosanitaire	Taux d'utilisation[1] (pour 1 000 personnes)
Bas-Saint-Laurent (01)	345
Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)	410
Québec (03)	257
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	428
Estrie (05)	369
Montréal-Centre (06)	298
Outaouais (07)	437
Abitibi-Témiscamingue (08)	358
Côte-Nord (09)	251
Nord-du-Québec (10)	...
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (11)	304
Chaudière-Appalaches (12)	341
Laval (13)	285
Lanaudière (14)	354
Laurentides (15)	273
Montérégie (16)	309
Nunavik (17)	...
Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)	...
Total Québec	**323**

[1] Les centrales des régions 10, 17 et 18 ne dispensent pas le service Info-Santé.
Source : Suivi de la performance des services téléphoniques Info-Santé CLSC pour l'année 2000-2001. MSSS, juillet 2002.

En regard des orientations futures, nous pouvons conclure que les centrales Info-Santé CLSC offrent un potentiel important pour supporter la continuité des services, la nuit et la fin de semaine, de même que les projets de garde en disponibilité.

> *Les services de première ligne en santé mentale*

Le financement de cette mesure était conditionnel à la réallocation de sommes en provenance de la fermeture de lits de longue durée en centres hospitaliers de soins psychiatriques.

La loi 107 fixant un objectif d'équilibre budgétaire aux centres hospitaliers psychiatriques, les délais nécessaires à la signature des ententes de retour à l'équilibre budgétaire entre ces hôpitaux, la Régie régionale et le Ministère, et le dégagement d'une somme moindre qu'attendue (2,9 M$ au lieu de 4,3 M$ prévus) ont ralenti l'implantation de cette mesure et nécessité une révision de la mesure originale. Les

principales activités réalisées ont consisté à dégager un modèle d'attribution du budget de développement aux CLSC et à attribuer ces sommes. Des travaux menant à la réalisation d'un cadre de référence santé mentale/CLSC sont actuellement en cours. Ceci permettra de consolider et développer, au cours des prochaines années, les services de base en santé mentale dans les 29 CLSC.

> *La garde médicale en disponibilité*

Au cours de l'année 2001-2002, conformément aux dispositions de l'entente visant la rémunération des médecins assurant la garde en disponibilité auprès de certains établissements et au plan d'organisation de ces services sur le territoire de la Régie régionale, 93 installations ou centres d'hébergement et de soins de longue durée, dotés de plus de 13 500 lits, ont assuré une telle couverture. Cinq CLSC (Verdun, des Faubourgs, Saint-Laurent, NDG/Montréal-Ouest et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est) ont assuré de tels services pour une centaine de patients en perte d'autonomie au sein de leur programme en maintien à domicile. Cinq autres CLSC (Côte-des-Neiges, NDG/Montréal-Ouest, Métro, Saint-Louis du Parc et René-Cassin) ont coordonné leurs efforts pour fournir, moyennant certains critères, une telle garde à leur clientèle en soins palliatifs. En réadaptation physique, quatre établissements ont adhéré à cette entente. Ces chiffres sont comparables à ceux de l'année précédente. Enfin, soulignons que la mise en œuvre d'une garde médicale en disponibilité régionale pour la clientèle en perte d'autonomie est en cours sur les territoires des CLSC Métro et du Vieux LaSalle. L'échéancier prévu est juillet 2002.

> *Les soins postopératoires et posthospitaliers à domicile et la consolidation des modalités d'articulation*

Le Plan 1998-2002 a visé l'amélioration de l'accès aux soins à domicile à la suite d'une hospitalisation. Pour ce faire, la Régie régionale devait consolider les modalités d'articulation entre les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et les CLSC, et obtenir du Ministère un budget de développement de 5,3 M$ pour les 29 CLSC. Les développements récurrents obtenus pour la période 1998-2001 se chiffrent à plus de 4,9 M$. Ainsi, près de 80 % des budgets prévus en 1998 pour l'amélioration des soins post-opératoires et posthospitaliers ont été rendus disponibles. À cela s'ajoute d'autres investissements reçus pour des clientèles spécifiques : maladie pulmonaire obstructive chronique, interruption volontaire de grossesse et périnatalité.

En 2000-2001, 20 019 usagers différents ont été desservis à domicile par les CLSC à la suite d'un traitement en centre hospitalier. En comparaison avec 1997-1998, il s'agit d'une augmentation de 32 %. Cependant, il y a eu un changement dans le profil des clientèles desservies :

> la clientèle postopératoire a crû de 46 % atteignant 11 482 patients desservis en 2000-2001;

> la clientèle recevant des soins palliatifs en phase pré-terminale et terminale a augmenté de 182 % avec 5 758 personnes desservies;

> la clientèle posthospitalisée a diminué de 13 % : 6 343 patients ont été desservis à domicile en 2000-2001.

L'accès aux services à domicile à la suite d'une hospitalisation croît dans le sens espéré dans un contexte d'ajout budgétaire, sans que nous ne puissions toutefois évaluer l'adéquation entre l'offre de services et les besoins. Le profil de la clientèle s'est aussi diversifié en intégrant davantage de personnes nécessitant des soins palliatifs.

Des outils pour faire des ponts

Afin de consolider le réseau intégré de services, différentes modalités d'articulation ont été développées dans le cadre du Défi de l'accès. Citons notamment le programme régional *Vers un réseau intégré de services destinés aux personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)* qui a pour objectifs d'éviter le recours aux urgences, de diminuer les durées de séjours hospitaliers et de favoriser le

Tableau 5

Personnes desservies par les services à domicile après une hospitalisation

	Postopératoire	Posthospitalisation	Palliatif	Total
1997-1998	7 967	7 307	2 043	15 155
1998-1999	8 399	8 320	2 519	16 828
1999-2000	8 669	9 843	3 249	18 927
2000-2001	11 482	6 343	5 758	20 019

travail en partenariat. Les CLSC ont reçu un budget non récurrent de 1 M$ pour des services aux clientèles atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Au chapitre de la périnatalité, un cadre de référence sur les modalités d'articulation entre les centres hospitaliers, les CLSC et les médecins traitants a été adopté. Une tournée d'information auprès des acteurs concernés a suivi pour faire connaître cette nouvelle entente. Une somme récurrente de 945 620 $ a été investie en périnatalité. En ce qui a trait à la transmission des avis de naissance des centres hospitaliers aux CLSC, un projet pilote a été réalisé avec 7 CLSC et 3 centres hospitaliers. Un comité régional en allaitement maternel a été créé afin d'actualiser la mise en œuvre des orientations ministérielles à cet égard. Finalement, l'accessibilité aux services d'interruption volontaire de grossesse de premier et deuxième trimestres, dispensés surtout en CLSC, a été améliorée et un budget non récurrent de 800 000 $ pour couvrir des besoins additionnels a été ajouté.

Les enjeux de l'avenir

> L'achèvement d'un réseau intégré de services médicaux de première ligne passera nécessairement par le développement rapide et complémentaire des groupes de médecine familiale et des cliniques pivots.

> Une première ligne médicale forte doit assurer la prise en charge des clientèles vulnérables : personnes en perte d'autonomie ou en soins palliatifs à domicile, personnes souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques, d'insuffisance cardiaque ou de maladie mentale. Les services offerts en première ligne doivent éviter à ces personnes de se retrouver à l'urgence et de séjourner dans les centres hospitaliers alors que des services adéquats peuvent leur permettre de rester à domicile plus longtemps avec une qualité de vie appréciable.

> Parler d'accès signifie qu'en tout temps, on peut trouver réponse à notre besoin. À ce chapitre, la liaison avec les CLSC pour un accès aux services professionnels, au soutien à domicile, à Info-Santé CLSC par l'accès 24 h/7 jours constitue un élément essentiel. L'accès aux services diagnostiques de radiologie et de laboratoire, par exemple, doit être facilité et accéléré au bénéfice des médecins œuvrant en première ligne et de leurs patients. L'accès aux services spécialisés doit être amélioré et l'on doit faciliter l'introduction en première ligne des soins autrefois dispensés en milieu spécialisé compte tenu de l'évolution de la technologie et des médicaments.

L'accessibilité est aussi la disponibilité des médecins en nombre suffisant et leur collaboration à l'atteinte des objectifs prioritaires. Montréal, contrairement à la croyance, n'est pas dans le peloton de tête au Québec quant au ratio médecin omnipraticien/population.

Le DRMG devra donc poursuivre le travail entrepris afin de mobiliser les médecins de façon à ce que tous contribuent à répondre aux besoins prioritaires de la population.

> Le réseau montréalais est complexe. Il a, même en médecine générale, un bassin de desserte métropolitain (15 % des services médicaux généraux dispensés à Montréal le sont à des personnes provenant des régions périphériques). Cette complexité est accrue par l'existence de nombreuses délimitations territoriales et structurelles qui varient selon les domaines et les ressources. Il faudra trouver un modèle montréalais permettant un meilleur arrimage et une simplification du fond de terrain : territoires de CLSC, sous-régions du DRMG, arrondissements, secteurs psychiatriques, nombreux points de service.

> Pour terminer, le financement demeure un enjeu majeur pour la mise en opération des groupes de médecine familiale et des cliniques pivots à Montréal.

Mesure 2 | Régler de façon permanente l'engorgement des salles d'urgence

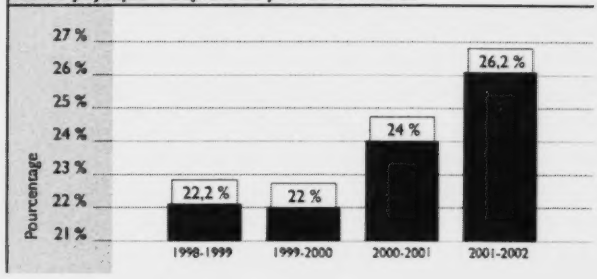
Un défi qui demeure complexe...

Les problèmes reliés à l'engorgement des salles d'urgence demeurent nombreux et complexes. Leur résolution dépend de plusieurs facteurs. La Régie régionale demeure d'avis que les solutions se retrouvent dans l'ensemble du réseau de services, tant avant l'arrivée de la personne à l'urgence que pendant son séjour et après son départ. Elles doivent s'intégrer dans un continuum de services qui répond aux besoins de la personne, au bon moment et au bon endroit. Pour éliminer tout séjour de plus de 24 heures dans une salle d'urgence, la Régie régionale comptait sur différents moyens : la création de cinq centres ambulatoires sur le territoire montréalais (Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Hôpital général du Lakeshore, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal), l'utilisation d'alternatives à l'urgence, une amélioration du fonctionnement de la salle d'urgence, une croissance de la performance de l'hôpital et une meilleure liaison entre l'hôpital et les autres ressources. Nous avons travaillé sur tous ces fronts. Malgré des progrès, nos objectifs quant aux durées de séjour dans les salles d'urgence n'ont pas été atteints.

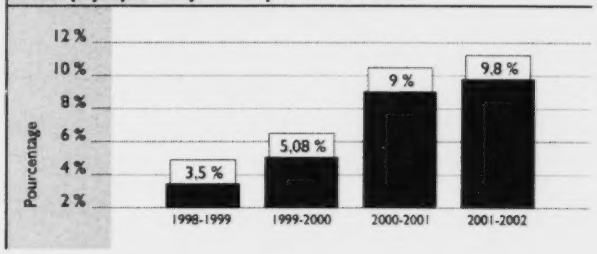
Durée de séjour à l'urgence

Nous constatons que la durée de séjour à l'urgence s'est allongée depuis 1998-1999 : les séjours de plus de 24 heures sont passés de 22,2 % à 26,2 % et ceux de plus de 48 heures sont passés de 3,5 % à 9,8 % en 2001-2002 et ce, malgré des efforts constants et la mise sur pied de mesures d'appoint pour désengorger les salles d'urgence. Plusieurs facteurs expliquent cette situation.

Graphique 1
Santé physique > Séjours de plus de 24 heures



Graphique 2
Santé physique > Séjours de plus de 48 heures



De plus en plus d'ambulances... et de moins en moins de lits

Alors que le volume d'ambulances croît au rythme d'environ 6 % par année depuis 1998-1999, passant de 134 497 ambulances en 1998-1999 à 142 568 en 2001-2002, près de 830 lits de courte durée sont fermés de façon indéterminée dans la région. De ce nombre, 70 % sont concentrés dans les centres hospitaliers universitaires. À ces fermetures s'ajoutent celles de la période estivale, des Fêtes et de la relâche scolaire. Le nombre restreint de lits dans la région est d'autant plus problématique qu'une partie de ces lits est constamment occupée par une clientèle en attente de transfert vers un autre établissement. Les ressources en lits de soins de longue durée sont demeurées sensiblement les mêmes, le rehaussement des lits actuels n'a pu être actualisé pour augmenter le nombre destiné au plus de 2,5 heures-soins/jour. Conséquence : on n'a pu réduire le nombre de lits de longue durée dans les centres hospitaliers. Par ailleurs, la demande d'admission s'est accrue considérablement,

autant des hôpitaux que de la clientèle à domicile.

Afin de réduire la pression vécue dans les hôpitaux, nous avons compensé sur une base non récurrente et sur des périodes plus ou moins longues par :

> l'achat de places en hébergement transitoire,

> l'ouverture de lits de courte durée physique,

> l'ouverture temporaire de places en centre de crise en santé mentale,

> un accès accru aux plateaux techniques,

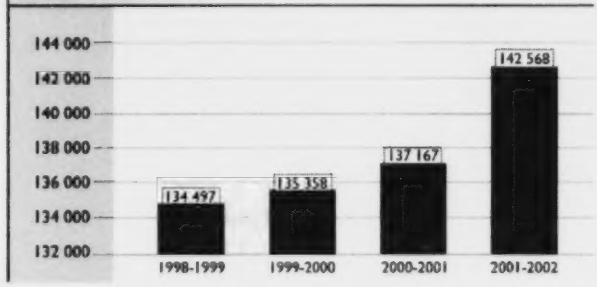
> la présence d'infirmières de CLSC dans les urgences des hôpitaux,

> l'ouverture de lits de soins subaigus,

> un accès plus grand au programme régional pour insuffisance respiratoire.

Graphique 3

Volume d'ambulances



L'hôpital, la bonne ressource ? Au bon moment ?

Afin de maintenir l'objectif de réduire l'engorgement dans les urgences, il est important d'évaluer la pertinence des hospitalisations et des séjours. À ce jour, quatre des dix-sept centres hospitaliers ont acquis une licence d'utilisation en vue de l'implantation d'un outil d'évaluation de la pertinence des hospitalisations et des séjours. Tous les centres hospitaliers devront mettre en place un système permettant de vérifier la pertinence de patients dans les unités de soins aigus. Un tel système permet de relever les délais indus dans le traitement du patient hospitalisé, tels que les attentes pour des tests diagnostiques ou certaines consultations qui ont pour effet de prolonger la durée d'hospitalisation. Il vise aussi, entre autres, à identifier les patients qui pourraient recevoir les soins appropriés dans un environnement autre que celui de l'hôpital, tel que le domicile, l'unité de soins de réadaptation ou les autres ressources.

Des centres ambulatoires toujours attendus

Les cinq centres ambulatoires prévus ne sont pas encore opérationnels, cependant, le centre de l'Hôpital général du Lakeshore pourra accueillir bientôt ses premiers patients. De plus, la construction de celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a débuté. Quant à celui de l'Hôpital du Sacré-Cœur, il en est à l'étape des plans préliminaires. En ce qui concerne le CHUM et le CUSM, les soins ambulatoires spécialisés font partie intégrante des projets de construction en préparation.

Une bonne note pour les chirurgies d'un jour

Au chapitre des chirurgies d'un jour, les centres hospitaliers effectuent plus d'interventions pour les patients qui peuvent bénéficier de ce type de services. Ainsi, l'atteinte du potentiel en chirurgie d'un jour s'est améliorée en passant de 82,7 % en 1998-1999 à 85,5 % en 2000-2001. De plus, la mise en place de services ambulatoires préopératoires a permis d'augmenter le volume de patients admis le matin de leur chirurgie. Ce taux est passé de 59 % en 1998-1999 à 65 % en 2000-2001.

Les soins postopératoires et posthospitaliers à domicile : une avenue à fréquenter davantage

Des développements récurrents ont permis d'accroître les services à domicile par les CLSC, particulièrement pour les soins postopératoires et posthospitaliers. Près de 80 % des

budgets prévus en 1998 pour l'amélioration des soins postopératoires et posthospitaliers ont été rendus disponibles. En 2000-2001, 20 019 usagers différents ont été desservis à domicile par les CLSC à la suite d'un traitement en centre hospitalier. Il s'agit d'une augmentation de 32 % par rapport à 1997-1998. Des services accrus sont offerts à la clientèle au prise avec une maladie pulmonaire obstructive chronique, par leur maintien à domicile par les CLSC et le service régional de soins à domicile. Malgré tous ces efforts, d'autres développements devront suivre pour maintenir les clientèles vulnérables à domicile et raccourcir les séjours des patients hospitalisés et en attente de transfert vers d'autres ressources de réadaptation, de soins subaigus et de longue durée. Il importe d'avoir le patient au bon endroit au bon moment. Parallèlement, l'accessibilité aux services médicaux de première ligne en tout temps pour la population de Montréal, plus particulièrement les clientèles vulnérables, demeure le défi des prochaines années.

Des améliorations concrètes dans les salles d'urgence

En ce qui a trait aux salles d'urgence, des mesures concrètes ont contribué à l'amélioration de leur fonctionnement. Plus de la moitié des centres hospitaliers se sont dotés d'un système d'information clinico-administratif dont le système SIURGE. Le défi consiste à finaliser l'implantation d'un système intégré basé sur un cadre normatif commun. Tous les centres hospitaliers ont réalisé un plan d'action visant l'implantation du *Guide de gestion des salles d'urgence* du Ministère. L'utilisation d'un système de triage et d'une équipe dédiée au triage se généralise, tout comme la création d'un département médical de médecine d'urgence. Un support particulier et soutenu est fait auprès des établissements qui ont une problématique plus marquée. Ce support est apporté par le Comité national d'experts sur les salles d'urgence conjointement avec la Régie régionale. Cette dernière a développé des outils de coordination et de gestion quotidiennes, en plus de rendre disponible aux établissements, à ses partenaires et à la population la situation des urgences de sa région. De plus, la Régie régionale a travaillé en collaboration avec la Corporation d'Urgences-santé afin d'équilibrer la charge de transports ambulanciers entre les hôpitaux et a mis sur pied un comité régional aviseur sur la gestion des salles d'urgence.

LES ENJEUX DE L'AVENIR

Le désengorgement des salles d'urgences est tributaire de :

> l'implantation d'une première ligne médicale forte,

> la rapidité avec laquelle nous arriverons à mettre en opération les centres ambulatoires,

> l'implantation systématique du guide de gestion des urgences du Ministère dans toutes les salles d'urgence,

> la révision de la capacité de certaines urgences et de leur réaménagement,

> la pertinence des hospitalisations et de la durée des séjours,

> la disponibilité des lits de courte durée,

> l'utilisation optimale des ressources d'hébergement de longue durée et de services de réadaptation,

> l'implantation généralisée d'un système d'information clinique et administratif.

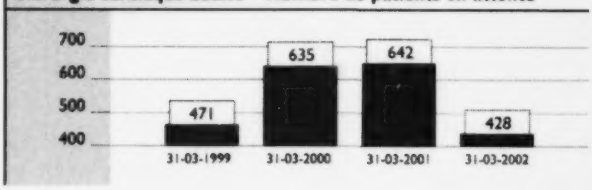
Mesure 3 | Améliorer l'accès aux soins et services ultraspécialisés

Des chirurgies qui augmentent... mais de plus en plus de personnes en attente

L'accès aux soins et services ultraspécialisés a visé un objectif central : diminuer les listes et les délais d'attente dans les secteurs névralgiques que sont la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, l'orthopédie, l'ophtalmologie et la radio-oncologie. Le plan 1998-2002 prévoyait un investissement de 45,5 M$. Au total en quatre ans, 23,8 M$ ont été investis dans l'accès aux soins ultraspécialisés. Au terme du plan, 21,7 M$ nous séparaient de nos objectifs.

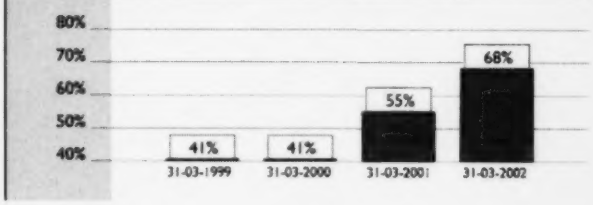
Graphique 4

Chirurgie cardiaque adulte > Nombre de patients en attente



Graphique 5

Chirurgie cardiaque adulte > Attente de plus d'un mois



Chirurgies cardiaques

Pour la chirurgie cardiaque et la cardiologie tertiaire, la cible était d'augmenter le nombre de personnes desservies et de diminuer les délais d'attente. Ainsi, de mars 1999 à mars 2002, le nombre de personnes ayant subi une chirurgie passait de 4 883 à 5 066, un gain de 183 chirurgies, soit une augmentation de 4%. Durant cette même période, le nombre de patients en attente a diminué, soit 428 personnes en mars 2002 par rapport à 471 en mars 1999, mais 41% de la clientèle attend maintenant au moins trois mois avant sa chirurgie.

En cardiologie tertiaire, les centres hospitaliers ont installé 9 476 tuteurs en 2001-2002 par rapport à 5 302 en 1998-1999. De même, 153 défibrillateurs étaient implantés en 1998-1999 par rapport à 313 en 2001-2002.

Les résultats sont encourageants. Nous constatons une nette augmentation du volume de personnes desservies en cardiologie tertiaire au cours des trois dernières années. Quant à la chirurgie cardiaque, l'accès s'est amélioré, mais légèrement en deçà de nos attentes. Aussi, dans le futur, nous maintiendrons le cap sur la cible initiale afin d'augmenter le nombre de chirurgies cardiaques.

À cet effet, l'Institut de cardiologie planifie l'agrandissement de son bloc opératoire et de son unité de soins en chirurgie de façon à pouvoir opérer 600 personnes de plus que son volume actuel de chirurgies cardiaques pour un total de 2 400 chirurgies. Nous demanderons aussi aux autres centres hospitaliers effectuant des chirurgies cardiaques d'augmenter leur volume de chirurgies.

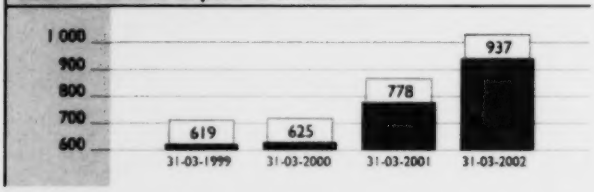
Chirurgies orthopédiques – genou et hanche

Quant aux chirurgies de remplacement total du genou et de la hanche, en 1998-1999, les hôpitaux de Montréal pratiquaient 2 172 chirurgies comparativement à 2 392 chirurgies en 2001-2002. Malgré l'augmentation du nombre de personnes opérées (9%), il y a toujours au moins 4 personnes sur 10 qui attendent plus de six mois pour un remplacement articulaire.

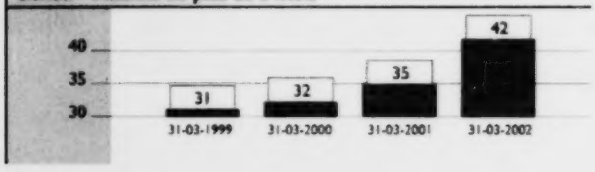
Au cours des trois dernières années, nous notons aussi une augmentation graduelle du volume de personnes en attente pour ce type de chirurgie, signe du vieillissement de la population. Pour mieux répondre à cette augmentation de

la demande, la Régie régionale se propose d'examiner les activités de l'épisode de soins lors de cette chirurgie et d'adopter les meilleures façons de faire pour la clientèle.

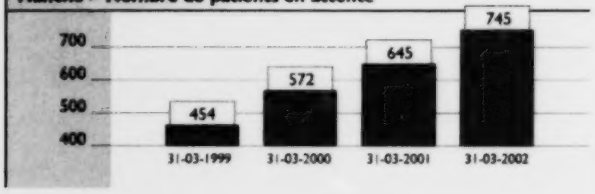
Graphique 6
Genou > Nombre de patients en attente



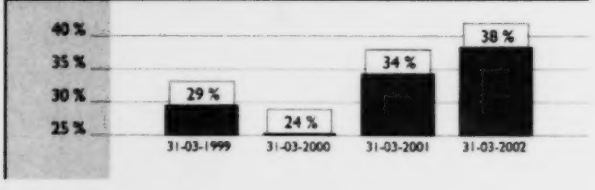
Graphique 7
Genou > Attente de plus de 6 mois



Graphique 8
Hanche > Nombre de patients en attente



Graphique 9
Hanche > Attente de plus de 6 mois

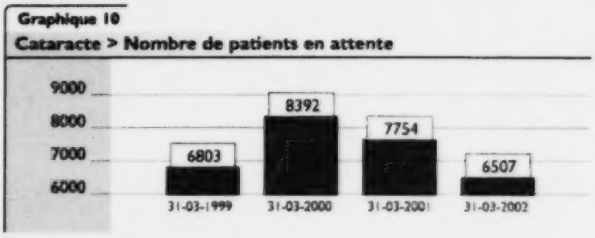


Ophtalmologie – cataracte

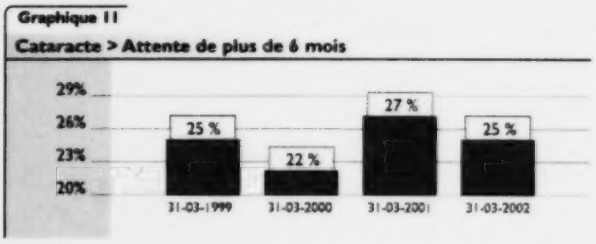
En mars 1999, 15 160 personnes ont été opérées pour la cataracte et en mars 2002, on en opérait 20 521, une augmentation de 36%. Pour 2001-2002, 18631 chirurgies avaient été planifiées. Avec 20 521 chirurgies, l'objectif a été atteint à 110%. Par ailleurs, 25% de cette clientèle attend au moins 6 mois avant sa chirurgie.

L'accès à la chirurgie de la cataracte s'est grandement améliorée au cours des trois dernières années. En effet, les opérations

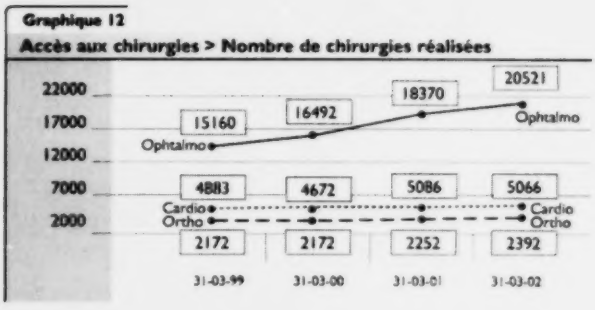
Graphique 10
Cataracte > Nombre de patients en attente



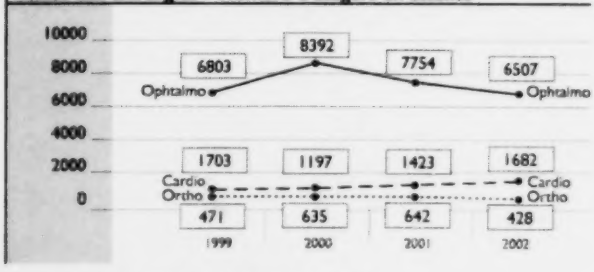
Graphique 11
Cataracte > Attente de plus de 6 mois



Graphique 12
Accès aux chirurgies > Nombre de chirurgies réalisées



Graphique 13
Accès aux chirurgies > Nombre d'usagers en attente



Source des tableaux : Tableau de bord central, mars 2002

effectuées ont fait un bond de 35 % et les personnes en attente ont aussi diminué à 6 500. Dans le futur, la Régie régionale se propose d'examiner des modalités différentes de services pour limiter l'attente des personnes aux délais cliniques reconnus de six mois avant une chirurgie de la cataracte.

Radio-oncologie

Le Défi de l'accès visait à assurer un suivi prioritaire aux listes d'attente pour le cancer du sein, du col de l'utérus, le lymphome, en ORL pour la clientèle pédiatrique et pour les traitements requis de façon palliative.

En mars 1999, il y avait 606 patients sur la liste d'attente pour le traitement d'un cancer en radio-oncologie. De ce nombre, 46 %, soit 278 personnes, attendaient pour un traitement d'un cancer du sein et 17 %, soit 103 personnes, attendaient pour un cancer de la prostate. Depuis le début du Défi de l'accès en 1998-1999, trois nouveaux accélérateurs linéaires haute énergie, trois planificateurs de traitement, un scanographe de simulation de traitement et quatre simulateurs ont été mis en fonction avec 31,7 M$ en projets d'immobilisation et équipements et 4,8 M$ en budget de fonctionnement. En 2000-2001, 1 814 traitements de plus qu'en 1999-2000 ont ainsi été réalisés.

L'ajout d'accélérateurs permet de soigner plus de patients à la condition d'avoir suffisamment de technologues et de radio-oncologues disponibles.

Des travaux se poursuivent au niveau national pour augmenter la disponibilité des ressources humaines et prévoir l'augmentation de notre capacité de traiter la clientèle dans les délais requis. Des mesures de temps supplémentaire et les transferts de 978 personnes vers des centres ayant démontré une capacité additionnelle de traitement, aux États-Unis ou à Trois-Rivières, ont permis de diminuer les listes d'attente au cours des deux dernières années. Actuellement, en 2002, la contrainte la plus importante pour maintenir l'accessibilité des services demeure la disponibilité du personnel, notamment pour les technologues, les physiciens ou les radio-oncologues.

Tableau 6
Radio-oncologie

Activités réalisées 1999-2000 et 2000-2001

Établissement	Année	Nombre de patients	Nombre de traitements	Nombre d'appareils
Centre univertaire de santé McGill [1]	1999-2000	2 000	40 000	5 [2]
	2000-2001	2 000	40 000	4
Centre hospitalier de l'Université de Montréal	1999-2000	4 326	61 287	7
	2000-2001	4 486	62 039	8
Hôpital général juif [3]	1999-2000	904	14 602	2
	2000-2001	924	14 914	3
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	1999-2000	4 221	63 315	7
	2000-2001	4 271	64 065	7
Total	**1999-2000**	**11 451**	**179 204**	**20**
	2000-2001	**11 681**	**181 018**	**22**

[1] perte de plusieurs technologues au cours des 2 dernières années
[2] 5 appareils en fonction pour les périodes 1 à 12 et 4 pour la période 13
[3] perte de 6 technologues depuis l'été 1999

Neurochirurgie et neurostimulateurs

Différents types d'appareils électroniques implantables viennent en aide à certaines clientèles, notamment les personnes souffrant de douleurs qui ne sont pas soulagées par les médicaments. De même, des personnes épileptiques ou réfractaires au traitement médicamenteux peuvent bénéficier d'un neurostimulateur du nerf vague qui diminue le nombre de crises d'épilepsie. Seuls quelques centres hospitaliers de la région implantent ces dispositifs après une évaluation poussée de la clientèle. Les chirurgies pour les neurostimulateurs ont presque doublé, passant de 57 chirurgies en mars 1999 à 100 chirurgies pour l'année 2001-2002.

Par ailleurs, la situation ne s'est pas améliorée pour les personnes en attente de chirurgie pour une tumeur

cérébrale où on opère environ 750 personnes par année. Un établissement présente toujours une longue liste d'attente pour la chirurgie des tumeurs cérébrales.

L'accessibilité aux examens de radiologie diagnostique

À la fin des années 90, l'organisation des services en radiologie était déficiente et avait des impacts sur l'accessibilité et les délais au niveau diagnostic. Afin de bien connaître la problématique et cerner les secteurs à améliorer, une analyse systématique de la situation constituait le premier pas vers une meilleure organisation des services. De là découle une analyse de la clientèle et des services, l'identification des actions à mettre de l'avant et des pistes de solution pour l'utilisation optimale des ressources en place.

Au cours de l'année 2000, un état de situation sur l'ensemble des services d'imagerie médicale a permis d'obtenir des informations plus spécifiques sur :

> la répartition et le profil des ressources humaines,

> l'évolution des volumes et des budgets,

> le type et la provenance de la clientèle,

> les spécialités d'examens et les plages horaires,

> l'ampleur des listes d'attente,

> l'inventaire du parc d'équipements,

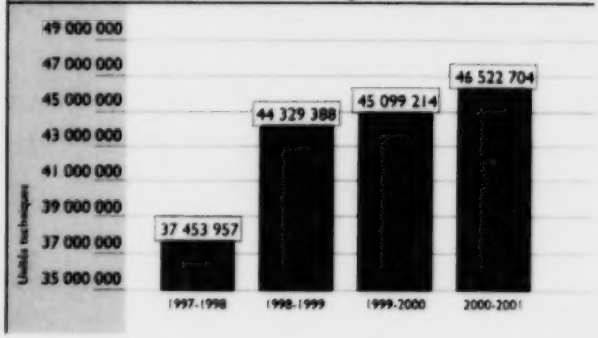
> un portrait des normes et tendances par une revue de littérature,

> une évaluation sommaire des services en privé.

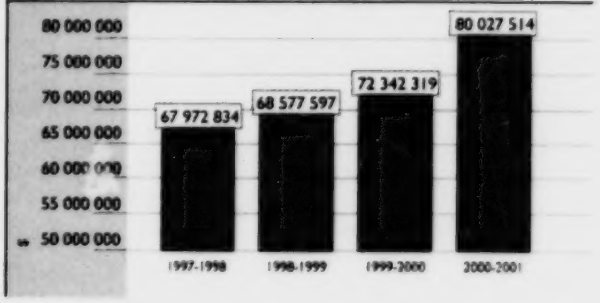
Sommaire des constats, enjeux et pistes de solution :

> Les listes d'attente s'allongent, surtout en résonance magnétique, en tomodensitométrie et en ultrasonographie : une demande de financement récurrent a été adressée au Ministère pour optimiser l'accessibilité aux plateaux techniques en allongeant les heures d'ouverture avec l'équipement en place: des subventions ponctuelles ont été versées dans le cadre des mesures d'hiver pour désengorger les urgences en 1999-2000 et en 2000-2001. Ces sommes, évaluées à 3,4 M$, ont permis d'augmenter les heures afin d'offrir plus d'accessibilité dans les secteurs de l'imagerie et des laboratoires.

Graphique 14
Évolution du volume d'activité en imagerie médicale



Graphique 15
Évolution des coûts en imagerie médicale



> Le parc d'équipement ne répond pas aux besoins et ne correspond plus à l'évolution technologique : plusieurs appareils ont été priorisés dans les différentes enveloppes d'acquisition d'équipements; des demandes ont été déposées pour l'acquisition de 3 appareils de résonance magnétique avec un budget de fonctionnement adéquat pour l'Institut de cardiologie, l'Hôpital St. Mary et le Centre hospitalier de Verdun. Ces appareils, ainsi que le budget afférent, ont été autorisés. Par ailleurs, au cours des quatre dernières années, les

budgets récurrents reliés aux équipements déjà autorisés et totalisant 2,3 M$ ont été acceptés dans les hôpitaux suivants : Hôpital général juif, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et l'Hôpital Royal-Victoria.

> Les développements techniques et technologiques ont des impacts sur l'organisation du travail et sur la pratique médicale favorisant ainsi une plus grande interdisciplinarité. Les discussions se poursuivent avec les différents professionnels et organisations concernés.

L'amélioration des soins palliatifs

Les soins et les services offerts aux usagers en phase terminale sont souvent absents des grands axes de services constituant le continuum prévention/promotion et services curatifs, de réadaptation, d'intégration et d'adaptation sociale. Par ailleurs, les services existants se sont répandus de façon plutôt aléatoire et sans concertation. Cette mesure du Défi de l'accès veut corriger cette problématique et développer un modèle régional de soins et services aux usagers en phase terminale et obtenir un portrait réel des soins palliatifs existants à ce jour.

L'objectif que nous nous étions fixé était de développer un modèle régional de soins et services aux usagers en phase terminale. Pour ce faire, nous avons élaboré au cours de l'exercice 2000-2001 un portrait des services existants dans la région. Depuis juin 2001, nous avons commencé la conception du modèle d'organisation de services avec le soutien d'un comité de travail représentatif du réseau de services actuels. Pour finaliser ce modèle, il nous reste à faire certaines consultations et à l'ajuster avec la politique en soins palliatifs du Ministère prévue pour l'automne 2002. Même si nous ne sommes pas encore en phase d'implantation actuellement, la mise en place d'une garde médico-nursing, qui est une des composantes de l'organisation de services que nous proposons, est en cours d'implantation dans la région.

Les enjeux de l'avenir

- **Regroupement et concentration des services : révision de la carte régionale des services - qui fait quoi et où,**
- **Développement de la coopération inter-établissement pour l'utilisation optimale de la capacité régionale de production,**
- **Développement de cliniques affiliées,**
- **Prévention des chutes et des maladies cardio-vasculaires,**
- **Mise en opération des centres ambulatoires,**
- **Pénuries de personnel à contourner,**
- **Développements ciblés vs capacité et priorités opératoires dans les hôpitaux généraux,**
- **Gestion informatisée des listes d'attente,**
- **Interconnectivité des systèmes d'information,**
- **Ouverture des plateaux techniques aux médecins de la communauté,**
- **Ajustement de l'offre et de la demande en fonction de l'ajout de nouveaux équipements et de la disponibilité du personnel en radiologie,**
- **Informatisation des données dans le système d'information en radiologie et confidentialité des données.**

Mesure 4 | Améliorer l'accès aux services de prélèvement et aux analyses de laboratoire

Centralisation des services... ou décentralisation ?

Tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du territoire, ainsi que douze CLSC, offrent des services de prélèvement sans rendez-vous. La Régie régionale a poursuivi comme objectif d'améliorer encore davantage l'accessibilité à ces services, notamment en voulant offrir des plages horaires sans rendez-vous dans tous les CLSC et en reliant ces derniers à un laboratoire afin qu'ils obtiennent rapidement les résultats.

Tous les CLSC devaient être en mesure d'offrir quatre heures d'ouverture, de 7 h 30 à 11 h 30, pour des prélèvements sans rendez-vous, et ce, sur une base quotidienne. Au terme du Défi de l'accès, les services de prélèvement ne sont pas offerts dans tous les CLSC et la question sur la pertinence de généraliser cet accès se pose aujourd'hui. Par ailleurs, afin d'améliorer globalement l'efficacité des activités de laboratoire, différentes mesures ont aussi été mises en œuvre.

Des services de prélèvement sans rendez-vous dans tous les CLSC de la région ? Un projet à réétudier

Le Plan 1998-2002 avait comme objectif d'améliorer l'accessibilité aux services de prélèvement de la clientèle du territoire en offrant des plages sans rendez-vous dans les CLSC et en les reliant à un laboratoire pour un retour rapide du résultat au médecin prescripteur. Deux projets pilote, dans les régions Nord et Est de Montréal, ont permis d'analyser des modèles d'organisation de services. Toutefois, au cours de l'exercice 2000-2001, des travaux ont permis d'évaluer les coûts et les impacts de la décentralisation des services de prélèvement. Compte tenu des autres priorités et du bon niveau d'accessibilité aux services de prélèvement dans le réseau, la Régie régionale n'a pas jugé bon de procéder, à ce moment, à la décentralisation de ce service dans les autres CLSC. Les services de prélèvement sont donc accessibles sans rendez-vous dans tous les centres hospitaliers, ainsi que dans 12 CLSC du Nord et de l'Est de Montréal. On comptabilise près de 29 000 prélèvements sans rendez-vous par semaine actuellement.

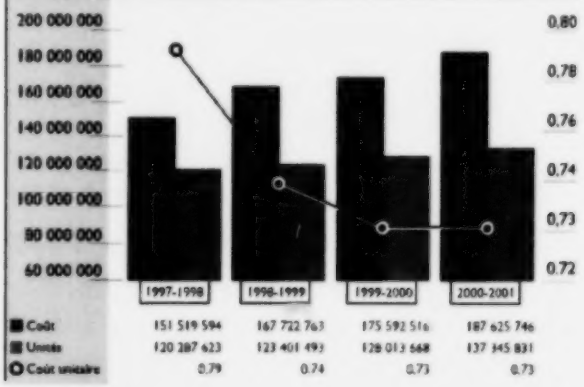
De plus, pour les activités de prélèvement en centre hospitalier et en CLSC, la Régie régionale a incité les établissements à utiliser des technologistes médicales et ainsi libérer du personnel infirmier pour les activités nursing.

Des activités de laboratoire en restructuration

La Régie régionale a incité les établissements à appliquer des mesures à l'interne pour la restructuration de l'ensemble des activités de laboratoire ceci afin d'atteindre un niveau optimal d'efficience et de dégager des économies pour l'autofinancement de projets reliés à la réorganisation ou pour le maintien de l'accessibilité de services dans des programmes prioritaires. Les établissements ont dû procéder à une démarche d'analyse approfondie de leurs façons de faire.

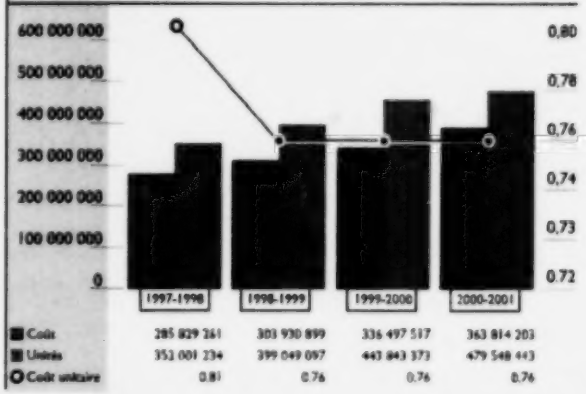
Durant la période du Défi de l'accès, des cibles d'économie potentielle ont été données aux établissements afin d'atteindre un niveau optimal d'efficience. L'analyse des données statistiques et financières entre 1998 et 2001 permet de constater un gain d'efficience avec un coût unitaire moyen par activité de laboratoire pour la région qui est passé de 0,79$ à 0,73$ (prélèvements, tests en cytologie, biochimie, hématologie et pathologie). La cible à atteindre est de 0,70$ en mars 2003 pour tous les laboratoires. Dix (10) des 15 établissements concernés dans notre région ont déjà atteint les objectifs du Ministère et les autres ont déposé des plans d'action en précisant comment ils comptent y arriver.

Graphique 16
Évolution des coûts – Laboratoire de biologie médicale
Région de Montréal-Centre



	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Coût	151 519 594	167 722 763	175 592 516	187 625 746
Unités	120 287 623	123 401 493	128 013 668	137 345 831
Coût unitaire	0,79	0,74	0,73	0,73

Graphique 17
Évolution des coûts – Laboratoire de biologie médicale
Province de Québec



	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Coût	285 829 261	303 930 899	336 497 517	363 814 203
Unités	352 001 234	399 049 097	443 843 373	479 548 443
Coût unitaire	0,81	0,76	0,76	0,76

De nombreux travaux ont été effectués de concert avec le Ministère pour informatiser les activités à l'intérieur de tous les laboratoires de biologie médicale. Quelques établissements sont en mesure de déployer le système d'information jusqu'au médecin prescripteur (urgence, soins intensifs, cliniques externes, CLSC, etc.).

Le Programme accéléré d'investissements publics (PAIP), qui a débuté en 2001-2002, comporte des volets liés à l'informatisation des laboratoires. La région a bénéficié d'un investissement de 3 652 115 $. De plus, des projets de soutien à l'équilibre budgétaire du même programme vont aussi permettre de soutenir d'autres établissements dans leur démarche de réorganisation et d'informatisation des laboratoires avec des subventions de 1 289 238 $.

L'installation du nouveau logiciel GestLab a été complétée avec succès dans tous les établissements de notre région. Cet outil permet une compilation uniforme du système d'unités de mesure de production des laboratoires de biologie médicale.

Des activités de laboratoire intégrées

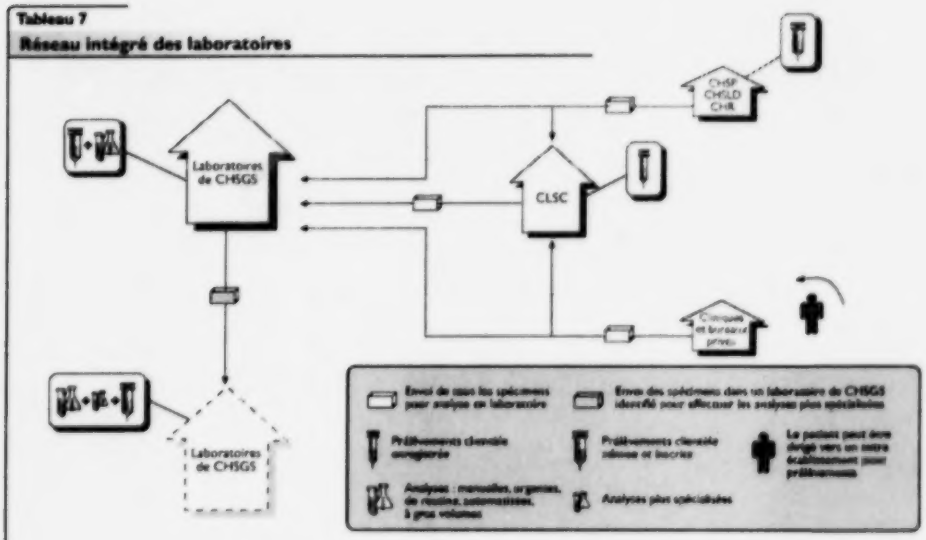
Dans le but d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience des services de laboratoire des centres hospitaliers de soins de longue durée, des centres hospitaliers de soins psychiatriques et des centres hospitaliers de réadaptation, le Défi de l'accès visait l'intégration de ces activités de laboratoire vers un laboratoire de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. L'objectif était aussi de dégager des économies potentielles pouvant être affectées aux services de soins directs aux patients.

Les huit centres concernés ont établi des ententes avec un hôpital de courte durée pour y acheminer leurs spécimens. Par ailleurs, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine maintiendra certaines activités de laboratoire pour les besoins de son urgence, de son bloc opératoire et de sa clientèle particulière qui requiert des analyses spécifiques. La Régie régionale a soutenu cet hôpital dans sa réévaluation organisationnelle pour les activités de laboratoire et les possibilités de complémentarité avec un hôpital de courte durée.

Pour la complémentarité et l'efficience du réseau de laboratoires

Au niveau des laboratoires de cytologie, le Groupe sectoriel provincial avait émis des recommandations quant aux normes requises pour obtenir une efficacité optimale et maintenir un niveau d'expertise pour les cytotechnologistes. La Régie régionale a travaillé plus spécifiquement de concert

Tableau 7
Réseau intégré des laboratoires



avec trois établissements qui ne répondaient pas encore aux normes. Ces établissements ont déposé un plan d'action pour être en mesure de s'y conformer.

La Régie régionale participe aux travaux du Comité directeur des laboratoires notamment pour la génétique, la virologie, le VIH et la pertinence de certains tests. Pour la génétique, un budget spécifique de rehaussement a été octroyé en 2000-2001 pour l'Hôpital Sainte-Justine, le Centre universitaire de santé McGill et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal en attendant le dénouement des travaux du groupe national.

Des directives nationales pour les analyses hors laboratoires ont été diffusées par le Ministère et devront être mises en application par tous les établissements du réseau au cours de la prochaine année.

La Régie régionale, en collaboration avec le Ministère et le Laboratoire de santé publique du Québec, a procédé à la désignation de centres hospitaliers pour la réalisation de nouveaux tests plus spécialisés reliés au VIH et à l'hépatite. C'est dans une perspective de concentrer les activités dans les centres où il y avait déjà en place un volume significatif et une expertise médicale et technique reconnue. Les établissements désignés de la région sont le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le Centre universitaire de santé McGill, l'Hôpital général juif et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

LES ENJEUX DE L'AVENIR

- **Pertinence de généraliser l'accès aux prélèvements dans tous les CLSC.**
- **Concentration des services diagnostiques et de laboratoire.**
- **Synergie entre le Centre universitaire de santé McGill et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal pour les services de laboratoire.**
- **Accès aux résultats pour les services de première ligne.**

Mesure 5 | Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie

Une population vieillissante... des besoins croissants

La population de Montréal vieillit plus vite que celle du reste du Québec et cette tendance va se maintenir. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à Montréal (15 %) que dans l'ensemble du Québec (13 %). Le vieillissement de la population a engendré des besoins nouveaux et imposé de nouvelles exigences au réseau de la santé et des services sociaux. Les préoccupations des acteurs du réseau quant à la présence des personnes âgées dans le système de soins et de services exprimées lors de la consultation menée en 1998 portaient notamment sur la croissance des besoins de la population vieillissante, la nécessité d'augmenter le nombre de lits pouvant recevoir une clientèle requérant 2,5 heures/soins par jour, le taux de réponse aux besoins en centres d'hébergement et de soins de longue durée, la qualité des services en ressources d'hébergement privées, la nécessité d'intensifier les services à domicile, la nécessité d'augmenter les places en ressources d'hébergement non institutionnelles et les difficultés de coordination des diverses composantes du système de santé. Le Défi de l'accès a établi des objectifs pour les six secteurs suivants : l'hébergement institutionnel, l'hospitalisation en centres d'hébergement pour les personnes âgées, le maintien à domicile, les ressources d'hébergement non institutionnelles, la prévention et la promotion et le développement d'un réseau intersectif de services.

Hébergement institutionnel

Objectif spécifique

Maintenir 14 017 lits dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et augmenter à 60 % la proportion de places pouvant accueillir une clientèle requérant 2,5 heures/soins et plus par jour.

Bilan

Afin de mettre en place les moyens d'action projetés dans le Défi de l'accès, un ajout de 18,4 M$ était nécessaire pour assurer le rehaussement là où les ressources financières ne permettaient pas de le faire. Ce montant n'a pas été reçu du Ministère.

Toutefois, le nombre de lits pouvant accueillir 2,5 heures/soins et plus a augmenté de 366 lits depuis le début du Plan 1998-2002, portant le nombre de 6 084 lits en 1997-1998 à 6 450 en 2001-2002. Le pourcentage de lits pouvant accueillir une clientèle nécessitant 2,5 heures/soins et plus est donc passé de 44,1 % en 1998 à 47,6 % en 2002. Cette augmentation a été réalisée par le biais de l'autofinancement impliquant parfois la baisse de capacité de lits.

Tableau 8
Évolution des lits de longue durée en CHSLD 1998-2002

Situation	< 1,5 h.-s.	%	1,5 à 2,5 h.-s.	%	2,5 h.-s. et +	%	Total
1997-1998	1 053	7,6 %	6 644	48,2 %	6 084	44,1 %	13 781
31/03/2002	738	5,4 %	6 354	46,9 %	6 450	47,6 %	13 542
Écart	-315	-2,2 %	-290	-1,3 %	366	3,5 %	-239

En 2002, nous comptons sur 13 542 lits, soit 475 lits (3,4 %) de moins que prévu dans le Plan 1998-2002. L'écart entre l'objectif de maintenir 14 017 lits et les résultats obtenus en 2002 s'explique comme suit :

> diminution de 209 lits à l'occasion de projets de rénovation, alors que les prévisions de départ étaient de 94 lits;

> diminution de 50 lits au CHSLD Mont-Sinaï à la suite du jugement de la cour (50 lits CHSGS);

> diminution de 24 lits au Centre hospitalier thoracique de Montréal;

> ouverture de 44 lits (20 lits au CHSLD Saint-Michel, 20 lits à l'Hôpital chinois, 3 lits au CHSLD Les Cèdres et 1 lit à la Résidence Maison-Neuve.

Les activités identifiées dans le Plan 1998-2002, mais non réalisées expliquent aussi l'écart :

> l'ajout de 450 lits en provenance du transfert de lits de l'Hôpital Sainte-Anne;

> diminution de 120 lits reliée à la transformation de lits de CHSLD en ressources d'hébergement non institutionnelles (ressources intermédiaires).

Objectif spécifique

Améliorer l'équité d'accès aux services en fonction des caractéristiques linguistiques et culturelles de la population.

Bilan

Afin d'assurer un meilleur équilibre entre la demande et la disponibilité de lits pour les personnes d'expression anglaise, le Défi de l'accès avait pour objectif d'augmenter de 1 537 le nombre de lits. En 1998, les 2 969 lits de longue durée en CHSLD et en CHSGS touchés par l'obligation légale d'offrir des services en langue anglaise représentait 20,2 % des lits de la région.

Le Plan d'accès aux services en langue anglaise adopté en 1999 a permis d'ajouter 224 lits au bassin de lits dédiés à cette population. Cet ajout nous a permis d'atteindre l'objectif à 15 %.

Tableau 9
Lits disponibles pour les personnes d'expression anglaise

	Lits	Pourcentage des lits de la région
1998	2 969	20,2 %
2002	4 506 (prévu dans le plan)	30,9 %
2002	3 092 (réalisé)	22 %

L'objectif visé de 4 506 lits n'a pu être atteint, car les mesures suivantes n'ont pas été réalisées :

> l'ajout de 450 lits (en provenance du transfert de l'Hôpital Sainte-Anne) au programme d'accès aux services en langue anglaise;

> l'ajout de 862 lits « indiqués » au plan d'accès aux services en langue anglaise;

> relocalisation dans l'ouest de l'île du Centre de soins prolongés Grace Dart.

Tableau 10
Établissements désignés et indiqués

	Début du plan 1998-2002	31 mars 2002
Établissements désignés		
CHSLD Bayview	128	128
CHSLD Bussey	42	42
Centre de soins prolongés Grace Dart	381	381
CA Father Dowd	135	134
CHSLD juif de Montréal	320	320
CH Mont-Sinaï	107	57
CH Gériatrique Maimonides	387	387
CA Henri Bradet (CH Richardson)	125	125
Rés. Gibman (Ass. montréalaise pour les aveugles)	59	59
CA des Foyers Presbytériens de St-Andrew	70	70
CA St-Margaret	96	96
CA Denis-Benjamin Viger	125	125
Institut thoracique de Montréal (CUSM)	74	50
Sous-total	2 049	1 974
Établissements indiqués		
Foyer Dorval	111	111
Manoir L'Âge d'or (CHSLD Centre-Ville de Montréal)	218	192
CHSLD Mont-Royal		273
CHSLD Pierrefonds		64
CHSLD Dollard-des-Ormeaux		160
Sous-total	329	800
CHSGS		
Hôpital général du Lakeshore	30	30
Centre hospitalier de St. Mary	65	65
Hôpital Royal Victoria	61	61
Hôpital général de Montréal (CUSM)	62	62
Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis	100	100
Sous-total	318	318
Total	**2 696**	**3 092**

La Régie régionale travaille à mieux répondre aux besoins des différentes communautés culturelles sur la base de programmes partiels ou complets dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée existants. Ainsi :

> Un programme de confort culturel pour la communauté juive a été implanté au CHSLD Centre-Ville de Montréal (Manoir l'Âge d'Or) :

- 1re phase : 40 lits disponibles depuis novembre 2000 ;
- 2e phase : ajout de 40 lits lorsque le Ministère autorisera et confirmera un budget de rénovation.

> Un programme de confort culturel pour la communauté italienne a été implanté dans quatre CHSLD : Les Havres, Providence Notre-Dame de Lourdes, Saint-Michel et Champlain Marie-Victorin. Les travaux se poursuivent pour améliorer l'adaptation des soins et services.

Objectif spécifique

Améliorer le taux de réponse aux besoins des personnes hébergées.

Bilan

Le besoin de ressources additionnelles pour atteindre le standard régional en soins et services basé, entre autres, sur un taux de réponse en soins infirmiers et assistance de 80 %, avait été fixé à 47,8 M$. Pour obtenir ce montant, il fallait compter sur des gains d'efficience de 19,2 M$ auxquels un budget de développement de 28,6 M$ devait s'ajouter.

Pour la période 1998-2002, les gains d'efficience escomptés n'ont pu être atteints. Des investissements nouveaux totalisant 9,5 M$ récurrents en CHSLD ont permis aux établissements moins bien nantis d'augmenter les soins et services donnés à leurs bénéficiaires.

Objectif spécifique

Assurer en CHSLD des services adaptés à une clientèle adulte et âgée ayant des problèmes de santé mentale ou une déficience intellectuelle.

Tableau 11
Établissements ayant bénéficié de l'investissement de 9 M$ récurrent

CHSLD Paul-Lizotte (CLSC Montréal-Nord)
CA Lasalle
CA Réal-Morel
CA Lachine
Résidence Yvon-Brunet
Résidence Gilman (Ass. montréalaise pour les aveugles)
CA des Foyers Presbytériens de St.Andrew
Hôpital Marie-Claret
Manoir Cartierville
CA Dante (Hôpital Santa Cabrini)
CA Les Cèdres
CHSLD Mance-Décary
CA Louis-Riel
CHSLD Mont-Royal
Résidence Angelica
CA Nazaire-Piché
Foyer Dorval
CHSLD Bussey
Les Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain
Institut Canadien-Polonais du Bien-Être
CA Denis Benjamin-Viger
CA Father Dowd
Centre Le Cardinal

Bilan

Étant donné que les CHSLD constituent un milieu intéressant pour certaines personnes présentant une déficience intellectuelle, un problème de santé mentale ou encore une déficience physique, le Défi de l'accès avait prévu le transfert, vers les CHSLD, de 60 personnes provenant du réseau de la santé mentale et 103 du réseau de la déficience intellectuelle.

À ce jour, 48 personnes en provenance de la santé mentale ont été accueillies au CHSLD Bordeaux-Cartierville (24) et au

CHSLD Jeanne-LeBer (24). Le transfert de 24 autres personnes vers la Résidence Yvon-Brunet est actuellement en cours. Au total, 72 personnes auront été transférées vers le réseau des centres d'hébergement et de soins de longue durée.

En provenance du secteur de la déficience intellectuelle, 32 personnes ont été accueillies au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun (Pavillon Champlain).

Tel que proposé dans le Défi de l'Accès, un comité de vigilance ayant pour mandat de participer à l'élaboration de critères spécifiques d'admissibilité, au suivi des opérations et à l'évaluation du projet-pilote en ce qui a trait au transfert de certaines personnes en CHSLD a été créé. Ce comité, coordonné par la Régie régionale et composé de représentants du milieu associatif de l'Office des personnes handicapées du Québec et des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, a formulé une définition de la perte d'autonomie qui a conduit à la réévaluation des personnes ciblées pour un transfert.

Hospitalisation en centre hospitalier pour les personnes âgées

Objectif spécifique

Maintenir 552 lits de transition de longue durée en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et réduire le délai d'attente des personnes qui attendent un hébergement institutionnel à l'hôpital.

Bilan

Nous sommes passés de 888 lits à 844 lits. Nous n'avons pas réalisé cet objectif à 100 % parce que les conditions pour y arriver n'ont pu être mises en place. Le rehaussement des lits en CHSLD, le développement de ressources intermédiaires et l'augmentation des services à domicile sont nécessaires à l'atteinte de celui-ci.

Graphique 18

Délai moyen d'accès en jours dans les lits réguliers

Source : Tableau de bord central, mars 2002

Objectif spécifique

Augmenter le nombre de personnes âgées qui peuvent retourner à domicile après leur séjour à l'hôpital et réduire leur durée moyenne de séjour.

Bilan

En juin 1998, un document intitulé *Gestion des services aux personnes âgées dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés* a été diffusé à tous les centres hospitaliers de la région. Ce document suggérait un processus de gestion des services qui rappelait les responsabilités du CHSGS en regard des personnes âgées. On y retrouvait aussi une démarche d'implantation ainsi que des outils de dépistage et de planification des services.

Plusieurs centres hospitaliers de courte durée sont préoccupés par les soins offerts aux personnes âgées et certains ont implanté dans leur salle d'urgence l'outil de dépistage de la personne âgée en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie (ISAR). Cependant, la prise en charge de la personne âgée demande une révision des processus afin de les adapter aux besoins de cette clientèle et à cet égard, les établissements sont confrontés à des obstacles importants comme :

> l'incompatibilité de la mission de courte durée avec les soins aux personnes âgées prenant quelquefois plus de temps,

> le manque de ressources des CLSC pour offrir les services requis à domicile.

Nous constatons, depuis 1998, une diminution de 9,3% du

nombre de personnes de 65 ans et plus hospitalisées en médecine et en chirurgie, mais la durée de séjour de ces personnes a augmenté de 4,5 %.

L'augmentation du nombre de personnes âgées retournant à domicile et la diminution de la durée de séjour de celles-ci demeurent des objectifs très importants et sont liés étroitement à la volonté des milieux de soins de courte durée d'adapter leurs services à cette clientèle et à l'augmentation des services offerts par les CLSC.

Maintien à domicile

Objectif spécifique

Consolider et augmenter l'accessibilité aux services à domicile des CLSC pour les personnes en perte d'autonomie.

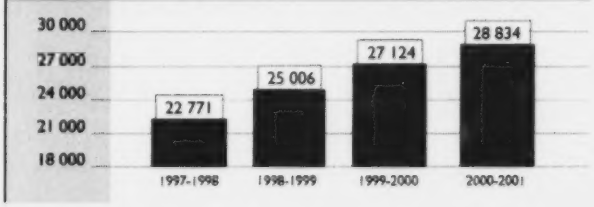
Bilan

Pour l'ensemble des services à domicile, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus desservies en 2000-2001 est de 36 316. Le taux de desserte est donc passé de 62,5 % en 1999-2000 à 63,1 % durant l'année 2000-2001 alors que l'intensité des services connaît une certaine stabilité avec 35,9 heures/usager/an.

En ce qui concerne uniquement les soins à domicile dispensés par les CLSC, 28 834 personnes âgées ont bénéficié de soins en 2000-2001. Il s'agit d'une augmentation de clientèle de 59 % par rapport à l'année 1997-1998.

À ce chapitre, le Plan prévoyait un investissement de 23,5 M$. Après quatre années, 20,2 M$ ont été investis.

Graphique 19
Soins à domicile > Nombre de personnes âgées desservies



Objectif spécifique

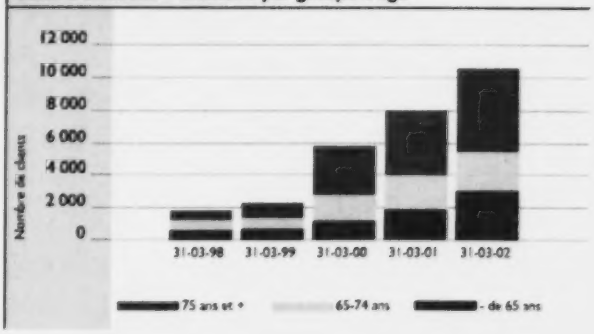
Assurer l'accès des personnes âgées aux services d'entretien ménager et de grands ménages subventionnés par le gouvernement, par l'entremise des entreprises d'économie sociale.

Bilan

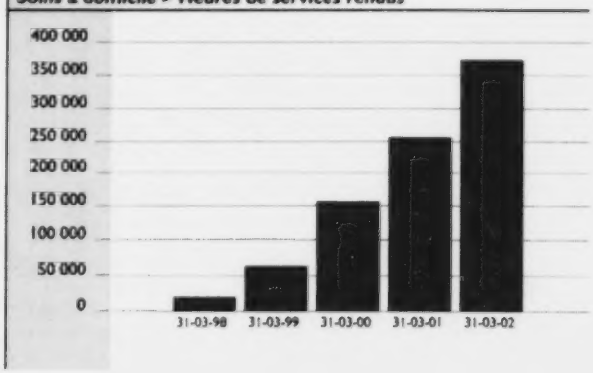
De 1 154 en 1998, le nombre de personnes desservies par les onze entreprises d'économie sociale en aide domestique est passé à 11 246 au 31 mars 2002. La clientèle des entreprises est constituée à 80 % de femmes et à 68 % de personnes âgées de 65 ans et plus. Fait important, 46 % sont des personnes âgées de 75 ans et plus.

Le nombre d'heures de services rendus a connu une bonne croissance, passant de 16 595 en 1998 à 356 910 au 31 mars 2002.

Graphique 20
Soins à domicile > Clientèle par groupe d'âge



Graphique 21
Soins à domicile > Heures de services rendus



Objectif spécifique

Développer un centre de jour pour la communauté anglophone et améliorer l'efficience et l'efficacité de l'ensemble des centres de jour.

Bilan

La nécessité de développer un centre de jour pour desservir les personnes d'expression anglaise en provenance des territoires des CLSC Côte-des-Neiges, René-Cassin et Métro avait été identifiée au début des années 90.

Un centre de jour au Centre d'accueil St-Margaret a été implanté pour la communauté anglophone en 1999 avec un budget de fonctionnement de 300 000 $.

La performance relative de l'ensemble des centres de jour devait être revue dans le but d'améliorer leur efficacité et de desservir plus de clientèle avec les ressources existantes. À cet effet, nous avons établi des liens avec le Regroupement des coordonnateurs des Centres de jour.

Objectif spécifique

Augmenter les places en hébergement temporaire et améliorer l'efficience des services existants.

Bilan

Le programme d'hébergement temporaire a fait l'objet d'une reconfiguration des services d'hébergement et de l'implantation d'un programme-cadre afin d'harmoniser les pratiques entre les centres dispensateurs. Ainsi, 141 lits (les 116 en hébergement temporaire et les 25 du programme d'urgence sociale) répartis dans 31 CHSLD ont été regroupés dans 12 centres en vue d'une plus grande efficience et d'une programmation plus élaborée. Toutefois, l'augmentation de 35 lits prévue au Plan 1998-2002 n'a pu être réalisée. Les conditions nécessaires, dont un investissement de 300 000 $, n'ont pu être rencontrées. L'évaluation du programme est en cours et un rapport doit être déposé sous peu.

Objectif spécifique

S'assurer que les ressources d'habitation privées contribuent au maintien de l'autonomie des personnes âgées dans un environnement sécuritaire et de qualité.

Bilan

Afin d'atteindre cet objectif, la Régie régionale proposait la mise en place de trois moyens d'action :

> Adoption et publication en 1998-1999 d'un cadre de référence concernant les ressources d'habitation privées. Ce document précise des éléments qui permettent la mise en place de conditions favorables au maintien de l'autonomie de la personne âgée et définit des critères auxquels les ressources doivent répondre.

> Édition et diffusion en mars 2000 et en juin 2001 d'un répertoire des ressources privées qui se conforment aux critères définis dans le cadre de référence. Une 3e édition de ce répertoire prévue pour septembre 2002 présentera 107 ressources.

> La Régie régionale a incité les ressources d'habitation privées à recourir à des organisations privées d'accréditation. Une dizaine de ressources ont fait l'objet d'une évaluation de la qualité de leurs services par un des deux organismes privés retenus par la Régie régionale pour l'accréditation des ressources privées. Le coût de l'évaluation apparaît être un frein à l'intérêt des ressources de souscrire à une telle démarche.

Objectif spécifique

Améliorer le partenariat avec les organismes communautaires et leur apport dans le continuum de services aux personnes âgées.

Bilan

Les organismes communautaires sont constamment confrontés à de nouvelles réalités et à de nouvelles problématiques qui

nécessitent la mise en place de moyens renouvelés. Dans le choix de ses moyens d'action, la Régie régionale agit auprès des organismes communautaires de manière à respecter les orientations, les politiques et les approches librement choisies par les organismes. Dans le Défi de l'accès, la Régie régionale privilégiait une collaboration avec la Coalition pour le maintien dans la communauté des personnes âgées afin d'identifier les voies d'action face aux nouveaux défis rencontrés par les organismes communautaires.

De part et d'autre, les parties manifestent une volonté accrue de consolidation de l'implication des organismes communautaires aux travaux de planification et de programmation des services aux personnes âgées. Le comité sur les services d'accompagnement-transport à des fins de traitements médicaux a complété ses travaux et formulé des recommandations et actions à privilégier. Celles-ci seront inscrites dans le plan d'action de la Régie régionale pour l'implantation des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Ressources d'hébergement non institutionnelles

Objectif spécifique

Élargir la gamme de services disponibles pour la clientèle en développant 400 places de ressources d'hébergement non institutionnelles dont 40 pour les adultes de moins de 65 ans.

Bilan

L'implantation de cette mesure implique la transformation préalable de 120 lits de centres d'hébergement et de soins de longue durée. Cette mesure n'a pas été développée. En conséquence, la création de 400 places de ressources d'hébergement non institutionnelles ne s'est pas réalisée.

Prévention et promotion

Dans son plan d'amélioration 1998-2002, la Régie régionale prévoyait augmenter les efforts de prévention/promotion relatifs aux personnes âgées, en lien avec les problématiques suivantes :

1. La prévention de la dépression,
2. La prévention de l'abus et de la négligence,
3. La prévention des chutes,
4. La prévention et le contrôle de l'influenza,
5. La prévention de la morbidité associée au mauvais usage des médicaments.

Les points qui suivent décrivent les activités réalisées, non réalisées, planifiées ou en cours de réalisation pour chacune de ces problématiques.

1 et 2. La prévention de la dépression et la prévention de l'abus et de la négligence

Au cours de la période 1998-2001, des activités de formation ont été planifiées en lien avec les problématiques de prévention de la dépression et de prévention de l'abus et de la négligence. La formation qui s'adressait aux intervenants des CLSC, visait à favoriser :

> un meilleur dépistage et un suivi de la dépression chez les personnes âgées recevant les services de maintien à domicile ou chez leurs aidants;

> le dépistage des situations d'abus et de négligence chez les personnes âgées des services de maintien à domicile et à proposer un protocole d'intervention auprès des clientèles à risque.

Ces activités n'ayant pas été retenues dans les priorités de formation de la Régie régionale, elles n'ont pas été réalisées. Les activités de formation en lien avec la problématique de prévention de l'abus et de la négligence ont été réinscrites dans la programmation des priorités régionales de forma-

tion 2001-2002. Le projet de formation en lien avec la problématique de la prévention de la dépression a été abandonné.

3. La prévention des chutes

En regard de la problématique de la prévention des chutes, le plan d'amélioration de 1998-2002 prévoyait notamment de favoriser l'accès à des programmes communautaires d'amélioration de l'équilibre pour les aînés autonomes vivant à domicile. Les activités prévues en lien avec cette problématique sont de soutenir le démarrage et de monitorer l'implantation du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) dans des organismes du milieu (CLSC et centres communautaires pour aînés). Malgré la disponibilité d'une intervention prometteuse, le déploiement du programme PIED dans la région de Montréal demeure limité, faute de financement.

Par ailleurs, des efforts ont été consentis pour le transfert des connaissances en matière de prévention des chutes. Ainsi, de nombreuses formations, publications et présentations ont été enregistrées au cours des trois dernières années. Ces efforts ont contribué à accroître l'accès à des programmes efficaces de prévention des chutes pour les aînés vivant dans la communauté.

Une nouvelle édition du programme PIED est disponible depuis mars 2002. Le programme a été révisé pour faciliter son implantation par les centres communautaires et les CLSC. De plus, il a été bonifié afin d'accroître son potentiel d'action sur de nouveaux facteurs de risque de chute ou de fracture. Plus d'une quinzaine de groupes offriront le programme PIED au cours de l'année 2002-2003 sur le territoire de Montréal.

4. La prévention et le contrôle de l'influenza

En ce qui concerne la prévention et le contrôle de l'influenza, le plan d'amélioration 1998-2002 prévoyait notamment d'accroître la couverture vaccinale à 80% chez les bénéficiaires en milieu fermé et à 60% dans le milieu ouvert.

À cet égard, on estime que un peu plus de la moitié (57%) des personnes âgées vivant en milieu ouvert (non institutionnel) ont été vaccinées contre l'influenza en 2000-2001, tandis que plus des trois quarts (77%) des personnes âgées en institution étaient couvertes. Les mêmes objectifs en regard de la couverture vaccinale des personnes âgées avaient été reconduits pour la période 2001-2002.

Pour les personnes âgées vivant en milieu fermé, le Plan visait à habiliter les CHLSD à prévenir, reconnaître et contrôler l'influenza dans leur milieu. Un programme de lutte contre l'influenza comportant des activités de promotion de la vaccination, de formation sur les mesures visant à diminuer la transmission et à contrôler une éclosion dans les CHSLD a eu lieu durant la période 1998-2002. Le guide provincial pour le contrôle des éclosions a été distribué dans tous les établissements et l'évaluation de son implantation a été réalisée. Des activités ont été accentuées dans les institutions présentant une couverture vaccinale plus faible.

5. La prévention de la morbidité associée au mauvais usage des médicaments

Le plan d'amélioration 1998-2002 proposait de poursuivre l'expérimentation du projet de recherche *Pratiques médicales de l'avenir*, projet d'aide à la prise de décision s'adressant aux pharmaciens et aux médecins et visant la réduction des ordonnances inappropriées. Ce projet est toujours en cours d'expérimentation.

Développement d'un réseau interactif de services

Objectif spécifique

Consolider l'implantation en CLSC du guichet unique pour l'accès aux services à long terme dans la communauté ou en institution.

Bilan

Implanté depuis 1996, le *Guichet unique d'accès aux services de longue durée* a donné lieu à une recherche portant sur les impacts de ce modèle organisationnel. Effectuée par le Centre d'expertise René-Cassin, cette recherche identifie les éléments organisationnels qui devraient être corrigés si nous voulons améliorer significativement l'accessibilité aux services.

Le Guichet unique d'accès aux services repose principalement sur le concept de gestion de cas. À cet égard, la Régie régionale a formé, au cours des dernières années, plus de cinq cent intervenants de première ligne à la gestion de cas.

Pour faire suite aux recommandations qui apparaissent au rapport de recherche du centre d'expertise, nous avons amorcé des travaux visant à réviser notre cadre de référence sur le guichet unique. Aussi, ces travaux s'inscrivent à l'intérieur des orientations ministérielles sur les services aux personnes âgées qui prévoient l'implantation ou la consolidation, dans chacune des régions du Québec, d'un guichet unique d'accès aux services.

Objectif spécifique

Réviser l'instrumentation relative à l'évaluation du profil des clients (CTMSP) et à l'évaluation des services requis (PLAISIR).

Bilan

Compte tenu du fait que le ministère de la Santé et des Services sociaux a décidé de redéfinir à l'échelle nationale l'ensemble des outils d'évaluation utilisés tant pour le maintien à domicile que pour l'hébergement, la Régie régionale n'a donc pas poursuivi l'atteinte de cet objectif, jugeant qu'elle arriverait au même résultat en s'associant aux travaux provinciaux.

Objectif spécifique

Supporter l'expérimentation d'un projet novateur de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA).

Bilan

Le financement de SIPA a été assuré par une subvention non récurrente de 3 M$ du Fonds d'adaptation des services de santé du gouvernement fédéral. Ce projet s'est déroulé sur trois années, de juin 1999 à mars 2002. Les premiers résultats démontrent une:

> réduction de la durée de la fréquentation à l'urgence,

> baisse du nombre de personnes en attente d'hébergement,

> tendance à la baisse du taux d'hébergement en CHSLD,

> augmentation de la satisfaction des usagers et des proches.

L'expérience SIPA a permis de dégager un certain nombre d'acquis dont la Régie régionale entend tirer profit pour le développement futur d'orientations et de décisions quant au type d'organisation souhaitable de services aux personnes âgées en perte d'autonomie :

> encourager les CLSC Côte-des-Neiges et Bordeaux-Cartierville, en continuité avec leur expérience SIPA, à soutenir et à promouvoir une meilleure intégration de leurs services à domicile avec les autres partenaires impliqués dans les services aux personnes âgées en perte d'autonomie;

> mettre en place, sur tout le territoire de la région, un système de garde infirmière et médicale associée et complémentaire pour les soirs, nuits, fins de semaine et congés fériés visant les personnes les plus physiquement vulnérables ou fragilisées qui sont inscrites aux services de soutien à domicile des CLSC ainsi qu'aux centrales Info-Santé CLSC 24/7 concernées. SIPA a démontré l'importance d'une telle garde;

> préciser les rôles des gestionnaires de cas à l'occasion d'une révision de notre cadre de référence *Guichet*

unique d'accès aux services de longue durée déjà implanté depuis 1996;

> établir de concert avec le Département régional de médecine générale nos stratégies visant à faciliter l'implication des médecins auprès des personnes âgées quel que soit leur lieu de résidence et leur rapprochement des autres professionnels et intervenants du secteur;

> alimenter nos réflexions sur les modalités d'allocation et de gestion des services en fonction du mode d'organisation territorial retenu;

> favoriser la diffusion ainsi que la mise à jour des protocoles interdisciplinaires développés dans le cadre du projet pour doter les gestionnaires de cas, les médecins traitants de première ligne, les professionnels de l'équipe de soutien à domicile du CLSC et les autres partenaires, de mécanismes et d'outils de communication efficaces pour supporter le travail d'équipe essentiel à la qualité des soins et services. Déjà, ces protocoles sont disponibles sur le site Web de la Régie régionale et feront partie de la formation des infirmières et médecins participant au service de garde cité plus haut.

> supporter l'organisation d'une journée d'échanges sur l'expérimentation SIPA, pour l'ensemble du Québec, destinée à tous les professionnels, gestionnaires et chercheurs concernés par les services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Des représentants du Ministère seront invités à participer à cette journée.

LES ENJEUX DE L'AVENIR

- **Accès aux services médicaux à domicile,**
- **Budget per capita visé à moyen terme,**
- **Établissement d'une politique de soutien à domicile (partage des responsabilités entre différents secteurs),**
- **Concentration et intensification des services.**

CONTINUUM DE SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

Mesure 6 | Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive

Des services à développer et des travaux à poursuivre

À Montréal, onze établissements disposent de 731 lits de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle adulte ayant une déficience motrice : six centres hospitaliers de réadaptation et cinq unités de réadaptation fonctionnelle intensive en centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Tableau 12
Lits de réadaptation fonctionnelle intensive

Établissements	Lits de réadaptation
Centres hospitaliers de réadaptation (CHR)	
Institut de réadaptation de Montréal	102
Centre hospitalier Catherine Booth	72
Hôpital Marie-Clarac	108
Hôpital de réadaptation Lindsay	135
Centre hospitalier Richardson	42
Hôpital Villa Médica	122
Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en CHSLD	
CHSLD Champlain - Manoir de Verdun	27
Centre hospitalier J.-Henri Charbonneau	33
Hôpital Notre-Dame de la Merci	20
Centre hospitalier Jacques-Viger	25
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	45
Total	**731**

Dans ce domaine se dessinent de façon claire des tendances lourdes dont il faut tenir compte : augmentation des services externes, développement des services de réadaptation à domicile, développement de nouvelles approches gériatriques reliées au vieillissement de la population, etc.

Tenant compte des avis reçus lors des audiences publiques de même que des tendances lourdes en émergence, la Régie régionale s'est donné comme objectif, dans le Défi de l'accès, d'améliorer l'efficience des services de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle adulte ayant une déficience motrice.

Objectif spécifique

Maintenir, dans l'immédiat, l'accessibilité à 731 lits de réadaptation fonctionnelle en améliorant l'efficience des programmes des cinq unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et en optimisant l'utilisation des hôpitaux de jour.

Bilan

En 1999, un plan de travail était convenu avec les établissements concernés visant une organisation plus efficiente du réseau de services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) tant en URFI, en CHSLD qu'en centres hospitaliers de réadaptation. Ce plan de travail prévoyait, comme première étape, l'élaboration d'un état de situation en regard de services de réadaptation fonctionnelle intensive dispensés par les établissements de la région sur une base interne et externe. Le Service des études et de l'évaluation de la Régie régionale a dressé un bilan de ces services. À l'issue de ces travaux, les actions prioritaires à poser au niveau de l'organisation des services de RFI ont été identifiées. Il s'agissait notamment de revoir :

> la définition des programmes,

> la répartition des lits par programme,

> les critères d'admission des établissements,

> les modalités de référence inter-établissements.

Un comité aviseur, composé de représentants des centres hospitaliers de réadaptation, des unités de réadaptation fonctionnelle intensive et des hôpitaux de jour, a été constitué pour soutenir les travaux de la Régie régionale à cet égard. Les travaux concernant les services dispensés à l'interne sont complétés et seront diffusés prochainement aux établissements. Les travaux concernant les services externes, dont les services en hôpitaux de jour, sont à compléter. Mentionnons que sur un développement budgétaire non récurrent obtenu du ministère de la Santé et des Services sociaux, la Régie régionale a octroyé en 2001-2002 un budget de 120 000 $ aux six centres hospitaliers de réadaptation afin de leur permettre de faciliter le transport des usagers les plus démunis vers les services externes de réadaptation fonctionnelle intensive.

De plus, un projet d'expérimentation provincial d'un outil de mesure de progression, plus précisément de la MIF (mesure d'indépendance fonctionnelle), était en cours, impliquant plusieurs établissements de réadaptation de la région. Suite à l'élaboration du plan 1998-2002, les quatre URFI ne participant pas déjà au projet y ont été intégrées. Le comité directeur, sous l'égide de la Régie régionale de Montréal, a déposé ses recommandations au Ministère en août dernier. Ces recommandations vont dans le sens d'un déploiement provincial. Les établissements de Montréal vont poursuivre l'utilisation de la MIF comme mesure de progression de la clientèle et la collecte de données qui y est associée dans l'optique de disposer d'indicateurs pertinents en réadaptation.

Objectif spécifique

Allouer un budget de développement de 1,7 M $ aux CLSC de la région afin d'offrir des services de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile, et ce, pour une clientèle pouvant bénéficier de cette approche.

Bilan

Cette mesure était destinée principalement à la clientèle qui présente une problématique orthopédique, telle que les personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou et dont la condition clinique et psychosociale permet une telle approche. Au terme du Défi de l'accès, le budget de développement demandé n'a pas été accordé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Objectif spécifique

Optimiser l'articulation des interventions des centres hospitaliers de réadaptation et des URFI en centres d'hébergement et de soins de longue durée avec les établissements (CHSLD) en amont et en aval de leurs interventions.

Bilan

Le comité aviseur sur les services de RFI a proposé un nouveau mécanisme de référence de la clientèle par les centres hospitaliers de courte durée vers les centres hospitaliers de réadaptation et les URFI. Cette proposition, qui vise à établir des corridors de services inter-établissements, sera soumise aux hôpitaux de courte durée.

Note : Les Enjeux de l'avenir sont présentés à la page 53.

Mesure 7 | Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté

Des besoins mieux identifiés et un rehaussement budgétaire partiel

Le Défi de l'accès poursuivait des objectifs visant toutes les étapes du continuum de services en déficience physique, non seulement les services de réadaptation fonctionnelle intensive, mais aussi les services de réadaptation axés sur l'intégration sociale, le soutien à l'intégration, de même que les services résidentiels substituts et ce, pour toutes les clientèles en déficience physique. Il importe en effet de s'assurer que les services dispensés aux personnes ayant une déficience physique permettront une participation sociale pleine et entière et garantiront une qualité de vie optimale pour ces dernières, que ce soit à domicile ou en milieu de vie substitut. Les mesures qui suivent témoignent des actions menées pour atteindre ces objectifs.

Objectif spécifique

Allouer 5,6 M$ sur trois ans aux budgets du Programme d'organisation de services intensifs et à long terme pour personnes handicapées (POSILTPH) des 29 CLSC afin d'éliminer la liste d'attente et accroître l'accès aux services intensifs à domicile pour les personnes de moins de 65 ans présentant une déficience physique.

Bilan

L'objectif d'allouer 5,6 M$ sur trois ans aux 29 CLSC, spécifiquement pour leur budget du POSILTPH, n'a été atteint que partiellement. En effet, depuis 1998, un montant total de près de 3 M$ a été alloué, ce qui représente 53,6 % de l'objectif visé.

En 1997-1998, il y avait 98 personnes en attente d'un premier service ou d'une augmentation du nombre d'heures de services à domicile. En 1998-1999, l'allocation de 2 260 472 $ a permis de desservir 87 nouveaux usagers et de réduire la liste d'attente à 23 personnes. Depuis, les investissements ont été beaucoup moindres et la liste d'attente n'a pas cessé d'augmenter. Au 31 mars 2002, il y avait 199 personnes en attente de services.

Il est donc nécessaire de poursuivre notre objectif et d'obtenir les 2,6 M$ manquants afin d'éliminer la liste d'attente et de répondre ainsi aux besoins de cette clientèle.

Tableau 13
POSILTPH - Évolution de la clientèle et de la liste d'attente

	Usagers desservis	Usagers en attente d'un premier service ou d'un rehaussement de services
1997-1998	815	98
1998-1999	902	23
1999-2000	963	65
2000-2001	894	127
2001-2002	1 003	199

Tableau 14
POSILTPH - Évolution des développements budgétaires

1998-1999	2 260 472 $
1999-2000	397 953 $
2000-2001	298 428 $
2001-2002	aucun
Total	**2 956 853 $**

Objectif spécifique

Allouer 1 M$ pour le programme de subventions pour le soutien aux familles des personnes présentant une déficience physique en CLSC afin d'éliminer la liste d'attente, d'assurer une réponse aux besoins des nouvelles familles à desservir à chaque année et de permettre un rehaussement des subventions.

Bilan

Cet objectif n'a été que partiellement atteint. En effet, du 1 M$ souhaité, seulement 392 454 $ ont été obtenus entre 1998 et 2002. Ceci représente 39,2 % du montant désiré. C'est au

cours de la première année que les développements ont été les plus substantiels, soit 85 % des montants accordés. Par la suite, les sommes reçues ont été moindres. Pour 2002, l'argent alloué l'a été de façon non récurrente.

Ces investissements ont tout de même permis de répondre en partie aux besoins des nouvelles familles puisque nous avons enregistré une augmentation du nombre de personnes présentant une déficience physique desservies par le programme de soutien aux familles, passant de 702 à 889. De plus, 357 personnes ont bénéficié d'un rehaussement. Les développements n'ont toutefois pas permis d'éliminer les listes d'attente autant pour les nouvelles demandes que pour les rehaussements. Bien qu'en 1999 ces listes aient connu une baisse, depuis, nous avons enregistré des augmentations non négligeables.

Tableau 15
Clientèle desservie et clientèle en attente

	Usagers desservis	Usagers rehaussés	En attente d'une 1re subvention	En attente d'un rehaussement
1998-1999	702	62	53	131
1999-2000	721	117	32	79
2000-2001	741	98	74	151
2001-2002	889	80	81	225
Total		**357**		

Tableau 16
Développements reçus

	Récurrent	Non récurrent
1998-1999	333 016 $	-
1999-2000	39 095 $	-
2000-2001	20 343 $	-
2001-2002	-	265 581 $
Total	**392 454 $**	**265 581 $**

Objectif spécifique

Placer sous une seule responsabilité de gestion les enveloppes budgétaires destinées au prêt et à l'octroi des équipements requis pour le retour ou le maintien à domicile de la clientèle et donc, transférer le fonds de 400 000 $ destiné au prêt d'équipements spécialisés à la Régie régionale.

Bilan

Cette mesure a été réalisée dès le début de l'implantation du Défi de l'accès. C'est ainsi que, dans une optique de cohérence et d'efficacité, la Régie régionale gère, depuis octobre 1998, les enveloppes budgétaires pour l'acquisition d'équipements nécessaires à la clientèle handicapée à domicile.

Objectif spécifique

Mieux connaître certaines problématiques afin d'orienter nos actions dans l'avenir pour les personnes ayant une déficience physique.

Bilan

Pour ce faire, le Service des études et de l'évaluation a été mandaté pour produire des bilans exhaustifs des programmes et services offerts par les établissements de réadaptation de la région pour les différentes clientèles desservies en déficience physique. Ces bilans ont permis de mieux circonscrire et documenter les problématiques d'accessibilité aux services ainsi que les objectifs à poursuivre. Suite à ces bilans, pour chaque programme-

Tableau 17
Programme clientèles

	Réalisation des bilans	Adoption des mesures par le conseil d'administration
Déficience motrice adulte – réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS)	Octobre 1998	Juin 1999
Déficience motrice pédiatrique	Octobre 1998	-
Déficience visuelle	Juin 1999	Juin 2000
Déficience auditive	Juin 1999	Juin 2000
Troubles du langage et de la parole	Mars 2000	Juin 2000

clientèle, les mesures à privilégier ont été identifiées, sauf pour la clientèle pédiatrique ayant une déficience motrice pour laquelle les travaux restent à compléter.

Ces travaux ont permis de consolider les continuums de services, d'identifier et d'actualiser dans certains cas différentes mesures pour assurer l'accessibilité aux services.

Déficience motrice adulte – réadaptation axée sur l'intégration sociale

Les travaux réalisés ont entre autres permis de préciser les responsabilités des établissements et d'identifier les programmes à offrir par les deux centres de réadaptation concernés et d'autres programmes, à couverture régionale, qui ne sont offerts que par un seul des établissements.

Déficience motrice pédiatrique

Les travaux réalisés auprès des établissements pédiatriques de la région (Hôpital de Montréal pour enfants, Hôpital Shriners, Hôpital Sainte-Justine, Centre de réadaptation Mackay et Centre de réadaptation Marie-Enfant) ont permis de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun, de déterminer les bases de partage entre ces catégories d'établissements ainsi que d'identifier des corridors de continuum de services et des modalités de transfert inter-établissements.

Déficience visuelle

Les travaux réalisés avec les établissements ont permis d'identifier les ressources requises pour augmenter l'accessibilité aux services et le rehaussement de niveau de services. De plus, une entente de services est intervenue entre l'Association montréalaise pour les aveugles et l'Institut Nazareth et Louis-Braille situé en Montérégie pour la référence des usagers d'expression française et d'expression anglaise.

Déficience auditive

Les travaux réalisés ont permis l'harmonisation des critères d'éligibilité aux services de réadaptation en centre de réadaptation, les ressources requises pour augmenter l'accessibilité aux services et l'élaboration d'un programme d'implants cochléaires pour l'ouest du Québec déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux en juillet 2000.

Déficience langage/parole

Suite aux différentes lacunes observées dans l'organisation des services aux enfants présentant une déficience du langage et de la parole, un comité composé de plusieurs partenaires du réseau a été constitué pour élaborer un modèle régional d'organisation de services. Les travaux de ce comité sont presque complétés et le rapport final est prévu pour décembre 2002.

De plus, pour chaque clientèle (à l'exception de la clientèle pédiatrique ayant une déficience motrice), les développements budgétaires requis ont été identifiés et doivent être considérés comme faisant partie intégrante du plan 1998-2002. Dans certains cas, un développement budgétaire a été octroyé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tableau 18
Développements requis et reçus

	Développements budgétaires requis	Développements budgétaires reçus	
		Récurrents	Non récurrents
Déficience motrice adulte (RAIS)	1,90 M$	-	477 397 $
Déficience motrice pédiatrique	Non déterminé	-	400 000 $
Déficience visuelle	1,15 M$	-	159 132 $
Déficience auditive	1,40 M$	316 000 $	168 523 $
Déficience du langage et de la parole	1,15 M$	491 141 $*	275 830 $
Total	**5,60 M$**	**807 141 $**	**1 480 882 $**

*De cette somme, 120 000 $ proviennent de crédits régionaux.

Objectif spécifique

Mettre en place des ressources d'hébergement non institutionnelles pour les personnes présentant une déficience physique dont le profil de besoins correspond à la clientèle habituellement orientée vers un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et ce, en transformant des lits de longue durée en CHSLD.

Bilan

Cette mesure n'a pas été réalisée, la conjoncture du côté des centres d'hébergement et de soins de longue durée ne le permettant pas. Cependant, un état de situation exhaustif concernant les ressources résidentielles et d'hébergement pour les personnes ayant une déficience physique a été élaboré et a permis d'identifier différentes problématiques à solutionner. Entre autres, cet état de situation a donné suite au transfert du mandat de gestion des ressources de type familial et des ressources intermédiaires de l'Institut Raymond-Dewar vers les centres de réadaptation Marie-Enfant et Lucie-Bruneau. De plus, des critères d'orientation de la clientèle ayant à la fois une déficience physique et intellectuelle vers un ou l'autre de ces deux réseaux de services ont été identifiés, clarifiant ainsi les responsabilités des établissements à l'égard de la clientèle multi-handicapée. Finalement, une évaluation des ressources requises pour développer le parc de ressources en déficience physique a été effectuée et s'établit à 3,5 M$.

Objectif spécifique

Inventorier les différents types de services de soutien actuellement disponibles pour les familles vivant avec une personne ayant une déficience physique pour adapter la gamme de services offerts aux besoins diversifiés de ces familles en visant une efficience maximale.

Bilan

Les ressources de répit et de dépannage disponibles dans le réseau de la déficience physique ont été inventoriées dans le cadre de l'état de situation sur les ressources résidentielles et d'hébergement. Cependant, l'adaptation de la gamme de services reste à faire.

Objectif spécifique

Allouer un développement budgétaire au Centre de distribution des aides techniques de 75 000 $ afin de diversifier et d'augmenter son offre de services.

Bilan

Le Centre de distribution des aides techniques pour les personnes obèses handicapées, dont le mandat est d'acquérir, d'adapter ou de créer des équipements répondant aux besoins particuliers de ces personnes pallie certains services devant être offerts par les établissements du réseau. Cette mesure a été rapidement réalisée dès la première année du Défi de l'accès afin de permettre aux personnes pathologiquement obèses de recevoir des soins et des services auxquels elles ont droit de s'attendre, en établissement ou à domicile.

Objectif spécifique

Offrir des séances de sensibilisation et de formation si nécessaire aux CHSGS et aux CLSC en collaboration avec l'organisme voué à cette clientèle

Bilan

Un sondage réalisé en 1999 auprès de quelques établissements du réseau a démontré un niveau élevé de satisfaction quant aux services offerts par le Centre de distribution des aides techniques pour les personnes pathologiquement obèses, attribuables à toutes les démarches de promotion réalisées antérieurement par l'organisme. De plus, au cours de l'année 1999, le conseil d'administration de la Régie régionale a autorisé le transfert de la subvention de l'organisme de promotion et de défense des droits *Aide aux personnes obèses handicapées* vers l'organisme *Centre de*

distribution des aides techniques puisque la subvention supportait uniquement ce dernier organisme. Ainsi, la mesure prévue ne sera pas réalisée.

LES ENJEUX DE L'AVENIR

- > Simplifier l'organisation des services de réadaptation;
- > Départager la clientèle et les ressources du continuum de services en santé physique du continuum de services en déficience physique;
- > Établir un partage clair des responsabilités entre le réseau de la déficience physique et celui de la gériatrie au niveau des services de réadaptation;
- > Obtenir un budget récurrent pour financer les améliorations nécessaires aux services;
- > Développer un parc de ressources résidentielles et d'hébergement adapté aux besoins de la clientèle;
- > Développer des systèmes d'information adéquats pour suivre l'évolution de la clientèle et des services;
- > Améliorer la coordination entre les établissements concernés pour le secteur de la traumatologie;
- > Optimiser les services de soutien à la famille et de maintien à domicile.

Mesure 8 | Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté

D'un modèle d'hospitalisation vers un modèle de services dans la communauté

Cette démarche, d'un modèle d'hospitalisation vers un modèle de services dans la communauté, s'inscrit dans la poursuite du plan régional 1995-1998 et l'actualisation du plan d'action pour la transformation des services de santé mentale émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 1998.

Objectif spécifique

Améliorer l'intégration et la réinsertion dans la communauté. Il s'agit d'assurer l'accès à des services de qualité en santé mentale dans la communauté pour toutes les personnes souffrant de troubles mentaux sévères, transitoires ou persistants, notamment celles vivant dans la communauté et celles vivant en milieu hospitalier et devant réintégrer la communauté.

Bilan

La réalisation de plusieurs activités prévues dans le cadre de cette mesure était conditionnelle à la réallocation de 10,2 M$ en provenance de la fermeture de lits de longue durée en centres hospitaliers de soins psychiatriques. La loi 107 (déficit zéro), les délais impartis à la signature des ententes tripartites et les sommes dégagées moindres que celles attendues (6,7 M$) ont considérablement freiné la réalisation des activités. Malgré cette contrainte de taille, plusieurs réalisations sont à noter :

> Développement des ressources résidentielles accessibles à la clientèle des sous-régions moins nanties;

> Réintégration de 390 personnes en centre d'hébergement et de soins de longue durée et en ressources résidentielles – budget attendu de 10,2 M$, budget réalloué de 3,3 M$:

- Développement de 60 places avec services adaptés en santé mentale en centre d'hébergement : 48 places en unité spécifique de type 2 ont été développées entre 1998-2002 et 24 places supplémentaires sont en développement et leur ouverture est prévue pour l'automne 2002;
- Développement de 38 places en ressources résidentielles, de 25 places en programme de réadaptation et transfert de près de 120 personnes dans des ressources déjà existantes.

Il est à noter que chaque nouveau programme mis en place s'accompagnait d'activités de formation et d'adaptation de la main-d'œuvre :

> La réalisation de l'état de situation a permis de constater l'existence et la diversité des services ambulatoires dans chacune des sous-régions, mais leur quantité est limitée;

> Au regard des soins partagés, le comité de travail a complété ses travaux relatifs à un modèle de soins partagés; la liaison avec la Direction des affaires médicales s'amorcera dès l'automne;

> Pour les 1 600 usagers hospitalisés depuis plus de six mois en 1998 et pour lesquels un plan d'orientation était à établir, la situation en date de novembre 2001 était la suivante :

- 925 ont quitté les hôpitaux;
- 673 sont encore hospitalisés, mais pour 267 d'entre-eux, l'orientation est définie et la planification de sortie est en cours.

Objectif spécifique

Poursuivre le développement des services de base en santé mentale. Le but visé est de favoriser un accès aux services de base dans la communauté afin d'éviter la détérioration de la santé et du bien-être des personnes souffrant de troubles mentaux transitoires ou persistants ainsi qu'à leur famille et à leurs proches.

Bilan

Tout comme la mesure précédente, la réalisation de plusieurs actions et activités de cette mesure était conditionnelle à l'existence de moyens facilitant l'atteinte de l'objectif, notamment les sommes attendues évaluées à 4,3 M$. Dans les faits, les sommes dégagées ont été de l'ordre de 2,9 M$. Les principales activités réalisées ont consisté à dégager un modèle d'attribution du budget de développement aux CLSC et à attribuer ces sommes. Des travaux menant à la réalisation d'un cadre de référence santé mentale/CLSC sont actuellement en cours. Ce budget, provenant des hôpitaux Douglas et Louis-H. Lafontaine, devait permettre la poursuite de la mise en place des services de base en santé mentale dans les 29 CLSC de Montréal.

Objectif spécifique

Optimiser l'utilisation de l'hospitalisation psychiatrique. Nous cherchions par cette mesure, à assurer, lorsque requis, aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères, transitoires ou persistants, l'accès aux services psychiatriques d'hospitalisation de courte durée avec retour dans la communauté dès que la condition de la personne le justifie.

Bilan

Parmi les résultats visés par cette mesure, la fermeture de 350 lits de longue durée en hospitalisation psychiatrique a été réalisée à 91%.

Pour l'Hôpital Rivière-des-Prairies, la fermeture se poursuit avec l'opération de réinsertion sociale, vers les centres de réadaptation, d'environ 400 adultes présentant une déficience intellectuelle.

Tableau 19
Nombre de lits fermés

	Total des lits de longue durée au 31-03-98	Objectif visé	Résultats au 31-03-02
Hôpital Douglas Hôpital Rivière-des-Prairies Hôpital Louis-H. Lafontaine	1 172	350 fermés	320 fermés

Pour ce qui est de l'élimination des séjours de plus de 48 heures à l'urgence, nous estimons à 50% le niveau de réalisation de cette action. Au cours des dernières années, 7 hôpitaux sur 14 ont maintenu leur durée de séjour en deçà de 48 heures. Tel n'est pas le cas pour les autres établissements.

La baisse de la capacité de lits réalisée entre 1995 et 1998 et le retard dans le développement des services ambulatoires conséquent à la loi 107 constituent des freins d'importance à l'atteinte de nos objectifs. S'ajoute à ces facteurs, le non-renouvellement des mesures exceptionnelles sur les urgences psychiatriques à l'hiver 2001-2002.

D'autres mesures d'envergure, telles que le système régional pour l'hospitalisation de long séjour de même que l'ouverture de 25 lits et le rehaussement de 50 lits régionaux d'hospitalisation de long séjour, n'ont pas profité des conditions nécessaires pour se développer.

Objectif spécifique

Mettre en place un plan régional de prévention du suicide. Notre objectif était de diminuer, sinon stabiliser, le taux de mortalité par suicide pour les clientèles à risque.

Bilan

Le plan régional d'actualisation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide est réalisé tant pour la clientèle des adultes que celle des jeunes et ce, suite à la production du profil statistique du suicide dans la région de Montréal (1999).

Les activités réalisées sont particulièrement nombreuses dont :

> Augmentation du nombre de lignes téléphoniques spécialisées en prévention du suicide pour diminuer les délais d'attente;

> Actualisation du protocole national d'intervention en prévention du suicide en cours dans les deux centres jeunesse;

> Formation sur une base continue des intervenants de première ligne afin de rehausser les compétences d'intervention auprès des personnes suicidaires : à ce jour, 828 intervenants auprès des jeunes et des adultes ont reçu une formation de premier ou second niveau;

> Mise en place d'un projet pilote pour le suivi concerté des personnes adultes à risque suicidaire pour les jeunes : projet MARCO (Miser sur l'action du risque de coopérer entre organismes) initié par Suicide Action Montréal et regroupant des urgences psychiatriques, des CLSC et des centres de crise;

> Mise en place d'un modèle d'intervention intersectorielle en prévention du suicide chez les jeunes : identification des conditions de généralisation à l'ensemble des territoires de CLSC de la région : à ce jour, 65 organismes ou établissements, 34 gestionnaires et plus de 101 intervenants sont activement impliqués dans ce projet. Projet en déploiement dans 7 territoires de CLSC;

> Élaboration et évaluation d'un programme de formation *Ensemble pour la vie* auprès des policiers du Service de police de la Ville de Montréal.

Objectif spécifique

Améliorer l'accès aux services de santé mentale aux jeunes. L'objectif de cette mesure est d'assurer l'accès à des services de pédopsychiatrie aux enfants et aux jeunes présentant des problèmes de santé mentale ainsi qu'à ceux dont les parents sont aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Bilan

Les travaux menant à la définition des mandats et responsabilités des établissements dispensateurs des services de pédopsychiatrie sont finalisés : une proposition d'un modèle d'organisation des services ainsi que des scénarios d'attribution des mandats est présentement à l'étude; la phase de consultation est déjà amorcée et sera finalisée à l'automne. Dès l'attribution formelle des mandats qui s'effectuera au cours de l'année, nous aurons atteint l'ensemble des résultats attendus pour cette mesure.

Les modalités formelles de liaison entre les partenaires intervenant auprès des jeunes au niveau de la première ligne sont balisées dans la proposition du modèle d'organisation des services; l'actualisation formelle des liaisons avec ces partenaires s'effectuera dès l'attribution des mandats.

La pénurie d'effectifs en pédopsychiatrie constitue une contrainte d'importance quant à l'accès aux services de santé mentale pour les jeunes. Cependant, les travaux menés à ce jour ont permis de se pencher sur les changements de pratiques que commande cette pénurie et l'importance non seulement de formaliser les modalités de liaison avec les partenaires de la première ligne, mais aussi de dégager leur rôle et responsabilité au regard de la santé mentale des jeunes.

Objectif spécifique

Augmenter l'information et la sensibilisation de la population. Nous voulions, par cette mesure, contrer l'intolérance et les préjugés face aux problèmes de santé mentale et à la maladie mentale.

Bilan

Principales activités de sensibilisation :

> Réalisation de trois campagnes de sensibilisation de la population dans le cadre du programme annuel *La prévention ça commence dans ma cour.*

> Mise en place d'un programme de prévention dans le métro de Montréal,

> Réalisation du plan d'action de la campagne de sensibilisation aux troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans.

Les activités permettant d'augmenter la compréhension des problèmes de santé mentale et de la maladie mentale auprès de la population doivent s'effectuer sur une base continue. Les activités prévues ont été pleinement réalisées, mais doivent se poursuivre sur cette base.

La campagne de sensibilisation aux troubles anxieux chez les jeunes 14-25 ans ne se limite pas à la simple tenue d'une campagne. La planification des services pour faire face aux retombées de celle-ci sur la demande de services s'est avérée une condition préalable à la tenue de la campagne. À cet égard, l'inventaire des ressources et services existants est déjà réalisé et le processus de planification des services est en cours.

Les enjeux de l'avenir

> **Instauration d'un réseau de soins partagés entre les omnipraticiens et les psychiatres,**

> **Liaison entre la première et la deuxième ligne pour un réseau de services intégrés,**

> **Sectorisation des services et choix des patients,**

> **Logement social avec services,**

> **Redéploiement vs développement dans le contexte inter-régional.**

CONTINUUM DE SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Mesure 9 | Desservir l'ensemble des personnes en attente de services

À chacun son petit coin de verdure

Les cinq objectifs de ce continuum de services constituent le plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle pour les années 1998-2002. Ces objectifs visent à résoudre de façon définitive, par des mesures concrètes et ciblées, les problèmes qui, depuis nombre d'années, affectent gravement l'accessibilité à l'ensemble des services. Cette non-disponibilité de services contribue de façon importante à la détérioration de l'état de santé tant physique que mentale de la clientèle, à l'altération de leur condition de vie et à l'augmentation du désarroi des familles. C'est pourquoi nous voulons desservir l'ensemble des personnes en attente de services.

Objectif spécifique

Injecter un budget de 12 M$ afin de permettre de répondre en partie aux besoins des personnes en attente de services.

Bilan

Au 31 mars 2002, nous avions reçu 48 % du budget récurrent requis pour répondre aux personnes en attente de services en centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI), soit 5 726 401 $ et 140 % du budget prévu pour les services aux personnes qui présentent des troubles envahissants du développement (TED), soit 1 256 586 $.

Les budgets octroyés aux CRDI n'ont pas ciblé un programme en particulier. Les résultats des indicateurs de suivi de gestion, tels que décrits dans le tableau ci-contre, nous permettent de voir l'impact sur les nouvelles prises en charge dans les différents programmes.

Tableau 20
Budget de développement récurrent requis et obtenu - Accès aux services en CRDI

	Développement récurrent obtenu				Développement requis 1998-2002
	1998-2000	2000-2001	2001-2002	TOTAL	
CRDI – Programmes	-	2 400 000 $	1 500 000 $	3 900 000 $ (44 %)	8 800 000 $
CRDI – TED	-	1 256 586 $	-	1 256 586 $ (140 %)	900 000 $
CLSC – Subvention/ Soutien	488 441 $	116 003 $	-	604 444 $ (26 %)	2 300 000 $
Total	**488 441 $**	**3 772 589 $**	**1 500 000 $**	**5 761 030 $ (48 %)**	**12 000 000 $ (100 %)**

Il est à noter que nous avons reçu un budget non récurrent de 2 101 130 $ en 2001-2002 dont il n'est pas fait mention dans le tableau. Ceci a pour objectif de ne pas fausser l'image des budgets octroyés en fonction de la demande originale qui était de 12 M$ récurrents.

Objectif spécifique

Transformer les services résidentiels et socioprofessionnels.

Bilan

Les CRDI ont fait des efforts considérables de transformation des services résidentiels, tel qu'attendu par le Défi de l'accès 1998-2002. À ce jour, un établissement a entrepris les démarches de fermeture de son institution, ce qui permettra d'atteindre la cible visée. Il en est de même pour les places en foyer de groupe.

Cette transformation a permis une nette augmentation du bassin de ressources de type familial et intermédiaires. Par contre, nous n'avons pas fait l'étude du redéploiement du personnel vers d'autres services.

Il est important de noter que les CRDI ont dû, parallèlement à cette transformation, développer des ressources pour

accueillir la clientèle de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Au 31 mars 2002, 160 usagers ont été transférés alors que 395 personnes devraient intégrer le réseau des CRDI d'ici le 31 décembre 2003.

Tableau 21
Réorganisation de l'encadrement résidentiel en CRDI

	Objectifs visés 2002 (Défi de l'accès)	Nombre de places au 31 mars 2001	Évolution de la capacité de desserte en ressources d'hébergement 1998-2001
Internat	78	119	↓ 31 %
Foyer de groupe	0	7	↓ 77 %
Résidence communautaire	721	630	↓ 11 %
RTF et RI		1 263	↑ 35 %

L'impact des budgets octroyés et la transformation des services résidentiels se sont traduits par une diminution des listes d'attente grâce à 281 nouveaux usagers qui ont bénéficié de plus de 435 services offerts dans les programmes résidentiel, socioprofessionnel et de soutien. Par ailleurs, on note une demande croissante pour les services aux enfants de moins de cinq ans, les services d'intervention comportementale intensive ainsi que le placement résidentiel.

Nous serons en mesure d'évaluer l'évolution des listes d'attente du 31 mars 2002 à l'automne. Il est fort probable que l'objectif d'élimination des listes d'attente ne sera pas atteint.

Tableau 22
Nouveaux services et listes d'attente

		Personnes nouvelles desservies	Capacité de desserte	État des listes d'attente
Tous programmes confondus		281	↑ 7 %	↓ 10 %
Programme résidentiel	435	41	↑ 2 %	maintien
Programme socioprofessionnel		118	↑ 5 %	↓ 23 %
Programme soutien		276	↑ 20 %	↓ 9 %
- Services aux 0-5 ans		58	↑ 16 %	maintien
- Clientèle TED (voir tableau ci-contre)				

Tableau 23
Clientèle TED - Service d'intervention comportementale intensive

Par groupe d'âge	Pourcentage	État des listes d'attente
0-5 ans (49 personnes)	54,5 %	
6-17 ans (20 personnes)	22,5 %	↑ 85 %
18 ans et plus (21 personnes)	23 %	

Objectif spécifique

Implanter un réseau de services pour personnes autistes et celles présentant des troubles envahissants du développement (TED).

Bilan

À ce jour, nous n'avons pas de réseau intégré de services en vigueur. Par ailleurs, plusieurs travaux ont pris place en fonction de cet objectif.

Nous avons adopté le modèle de réseau intégré de services Autisme et troubles envahissants du développement. Quatre établissements ont été désignés pour l'évaluation diagnostic et les cinq CRDI ont été mandatés pour développer le programme d'intervention comportementale intensive pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement avec déficience intellectuelle. L'organisation des services pour les personnes TED sans déficience intellectuelle devrait être complétée au 31 mars 2003.

Il y a eu présentation du *Plan d'action 2000-2002 Autisme et troubles envahissants du développement* et la mise en place des collaborations avec l'ensemble des partenaires concernés, notamment les CRDI.

Nous avons conçu le cadre de référence concernant les indicateurs de suivi de gestion SRSICI (services de réadaptation spécialisés d'intervention comportementale intensive). Nous avons déjà des données sur le nombre de prises en charge et la demande.

Objectif spécifique

Développer des ententes individuelles ou globales entre les CRDI pour assurer l'accessibilité des services à la population de langue anglaise.

Bilan

Reconduction du principe que chaque CRDI de la région montréalaise doit offrir des services pour les anglophones et de l'importance d'offrir des services pour les allophones, étant donné la réalité ethnoculturelle de la région montréalaise[11]. C'est donc que l'accès aux services de langue anglaise soit assuré à la population par le biais d'ententes individuelles entre les centres de réadaptation.

Objectif spécifique

Élaborer des ententes avec les partenaires concernés pour assurer l'accessibilité aux clientèles présentant des besoins particuliers.

Bilan

Deux CRDI ont signé des ententes sur un processus conjoint d'accès et de planification des services avec les centres jeunesse de Montréal.

Deux établissements sont présentement dans une démarche similaire, un avec le Centre jeunesse de Montréal et l'autre avec le Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw.

De façon générale, nous notons une nette volonté de vouloir travailler en partenariat, soit par le biais d'ententes globales ou d'ententes particulières, et ce, pour en arriver à maximiser l'efficience et l'efficacité des services offerts aux clientèles présentant des besoins particuliers.

[11] **Cadre de référence, version révisée, Mécanisme de coordination de l'accès aux services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, novembre 2001.**

LES ENJEUX DE L'AVENIR

- **S'assurer d'une organisation de services de qualité et d'un support adéquat aux familles et aux proches des personnes provenant de l'Hôpital Rivières-des-Prairies qui présentent des profils de besoins d'intensité importante;**
- **Obtenir le solde récurrent des 12 M$ de développement nécessaire pour poursuivre l'objectif de réduction des listes d'attente et plus particulièrement au niveau des services résidentiels et des services aux enfants de moins de cinq ans pour lesquels on note une demande accrue, et ce, malgré un développement important de services;**
- **Planifier nos actions dans le cadre d'établissement de partenariats avec de multiples réseaux, et ce, dans le cadre de l'implantation de la politique en déficience intellectuelle où le réseau social de la personne présentant une déficience intellectuelle est un enjeu majeur.**

CONTINUUM DE SERVICES D'ADAPTATION SOCIALE

Des priorités régionales de santé et de bien-être

En matière de prévention et de promotion, la Régie régionale s'était donnée en 1995 quatre priorités de santé et de bien-être qu'elle a intégrées au plan d'amélioration des services 1998-2002 :

Santé et bien-être des tout-petits

> Promotion du développement cognitif, affectif et social des tout-petits et du soutien précoce aux parents en situation de pauvreté.

> Continuité des soins et des services en périnatalité dans le cadre du virage ambulatoire.

> Développement de la sécurité alimentaire auprès des familles en situation de pauvreté.

Développement optimal des jeunes

> L'intégration socio-économique des jeunes.

> Le soutien à la concertation école-communauté.

> L'accompagnement des jeunes en difficulté.

Violence faite aux femmes

> Promotion des rapports égalitaires entre les hommes et les femmes.

> Contrer l'isolement et accroître le sentiment de sécurité chez les femmes.

> Sensibilisation, formation et soutien des intervenantes et intervenants des divers milieux.

> Prévention de la récidive de la violence faite aux femmes.

Cancer du sein

> Réduire la mortalité et la morbidité dues au cancer du sein par un programme régional systématique.

Ces grandes priorités régionales sont demeurées d'actualité durant les quatre années du Défi de l'accès. La consolidation d'un partenariat intersectoriel efficace et tourné vers l'action au plan local et régional a permis leur mise en œuvre. Nous retrouverons dans la présente section le bilan des priorités régionales en promotion et prévention. Rappelons aussi que le Défi de l'accès visait à intégrer des mesures de prévention et de promotion au sein des continuums de services, à travers les 12 mesures centrales. D'autres informations sur ces priorités se retrouvent donc intégrées dans la partie du bilan sur les mesures centrales du Défi de l'accès. La priorité Cancer du sein est présentée à l'intérieur du continuum de services en santé physique.

Santé et bien-être des tout-petits

Le programme *Naître égaux - Grandir en santé* est un programme intégré en périnatalité qui met à contribution dix regroupements intersectoriels locaux. Les principaux partenaires - familles, organismes communautaires, CLSC, centres jeunesse, centres de la petite enfance, municipalité, etc. - développent et mettent en œuvre un plan d'action concerté pour mieux répondre aux besoins des familles avec de jeunes enfants, particulièrement celles en situation d'extrême pauvreté. Les regroupements travaillent également avec les familles en vue d'améliorer leurs conditions de vie et de lutter contre la pauvreté. *Naître égaux - Grandir en santé* est actuellement implanté dans huit territoires de CLSC à Montréal : Olivier-Guimond, Hochelaga-Maisonneuve, Mercier-Est/Anjou, Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est, des Faubourgs, Pierrefonds, St-Michel et Verdun/Côte St-Paul. Selon les données recueillies auprès de ces CLSC, le programme a rejoint environ 2 200 femmes et leurs familles entre le 1er avril 1999 et le 31 mars 2002.

Depuis son implantation, quatre recherches ont été réalisées

relativement à sa mise en œuvre ou à l'évaluation de ses effets. Elles portaient sur :

> l'évaluation de la mise en œuvre initiale du volet prénatal dans quatre CLSC,

> le pouvoir d'agir des familles,

> l'évaluation participative des priorités régionales,

> les effets du volet prénatal.

Les résultats de deux autres recherches seront publiés au cours de l'année 2002. Ces recherches porteront sur :

> les effets du suivi individuel sur la compétence parentale,

> le soutien social en lien avec le rôle parental.

Les principaux résultats de recherche démontrent que le volet prénatal rejoint au moins 50% de la population visée et que 90% des femmes rejointes se maintiennent dans le programme, ce qui est excellent. Des gains de santé pour les femmes ont été identifiés entre autres au plan de la santé mentale, des habitudes alimentaires et du soutien social. Par ailleurs, les objectifs liés à l'insuffisance de poids à la naissance n'ont pas été atteints.

Les bilans des territoires font ressortir des bons coups liés à l'action intersectorielle (ex. : mobilisation des partenaires, collaborations inter-organismes, familles rejointes, projets concrets et adaptés, etc.) ainsi que des difficultés et des défis (ex. : détérioration des conditions de vie des familles et problématiques lourdes, financement de base insuffisant des organismes communautaires, nécessité d'améliorer l'articulation entre les différentes composantes du programme, de soutenir davantage la participation des familles et d'intensifier les interventions en lien avec l'amélioration des conditions de vie et la lutte à la pauvreté). La diminution des budgets pour le suivi individuel prénatal a eu un impact sur l'intensité des suivis effectués par les CLSC.

Les femmes qui participent au programme...
Programme Naître égaux - Grandir en santé

- ont plus de soutien social : plus d'aide informative, plus d'aide émotionnelle et plus d'aide matérielle;
- ont un score moyen de symptômes dépressifs postnatals moins élevé, qu'elles aient un score élevé ou normal en prénatal;
- ont tendance à faire moins d'anémie postnatale;
- améliorent leurs habitudes alimentaires : plus de produits laitiers, plus de légumes, plus de vitamines;
- celles qui sont nées au Canada ont tendance à allaiter davantage;
- celles qui n'allaitent pas donnent plus de préparations pour nourrisson au lieu du lait de vache.

Santé et bien-être des tout-petits : volet tout-petits des communautés culturelles

Le volet tout-petits des communautés culturelles existe depuis 1998. Il a permis le développement et la consolidation d'interventions initiées pour les communautés culturelles par quatre CLSC et neuf organismes communautaires. Depuis l'automne 2001, plusieurs des intervenants impliqués dans ces projets participent aussi à un projet de recherche action qu'ils ont développé en collaboration avec la Direction de la santé publique pour favoriser le développement et la consolidation d'interventions destinées aux familles d'immigration récente.

Bien que ce volet n'ait pas encore fait l'objet d'une évaluation systématique, les informations recueillies directement auprès des intervenants ou indirectement par le biais des bilans indiquent :

> que les interventions réussissent à rejoindre une clientèle très vulnérable, composée en grande partie de familles d'immigration récente;

> que les ressources investies ont permis le soutien de quelques interventions présentant plusieurs caractéristiques d'efficacité.

Le développement optimal des jeunes

Depuis 1994, le programme *Priorité jeunesse* est implanté dans cinq territoires de CLSC (Hochelaga-Maisonneuve, Parc-Extension, Pierrefonds, Verdun/Ville-Émard, Côte Saint-Paul

et Villeray). Les activités pour les 6-25 ans sont développées dans le cadre d'une action concertée des secteurs santé et services sociaux, scolaire et communautaire, autour de quatre stratégies :

> développer des compétences personnelles et sociales des jeunes en milieu scolaire,

> accompagner intensivement les plus vulnérables,

> soutenir les parents,

> créer des environnements favorables à la santé.

Près de 9 000 jeunes et parents sont rejoints annuellement par le biais de 64 activités. Une augmentation de 17% par rapport à la première évaluation réalisée en 1998. À l'heure actuelle, 6 tables de concertation, 34 écoles de niveau primaire, secondaire et adulte, 30 organismes communautaires, 5 CLSC, les centres jeunesse, une municipalité, la Régie régionale et sa Direction de santé publique participent à la Priorité jeunesse.

Une évaluation démontre qu'un plus grand nombre d'écoles et de jeunes vulnérables sont rejoints avec les activités appropriées et que celles-ci sont développées dans une perspective plus continue qu'auparavant. L'évaluation participative a permis l'amélioration des interventions tout au long du déroulement du programme.

Sécurité alimentaire

Selon les données de l'Enquête sociale et de santé publiées par l'Institut de la statistique du Québec en 2002, 12% des ménages montréalais sont en situation d'insécurité alimentaire.

Depuis 1996, la Direction de santé publique soutien quatre projets dans six communautés. Le financement a permis notamment d'assurer le développement et la multiplication de la formule groupe d'achats collectifs. Une trentaine de groupes favorisent l'achat d'aliments auprès de grossistes, à une moyenne de 20 à 30 familles par groupe. Les évaluations de ces actions montrent des effets positifs sur l'accès à de meilleurs aliments, à coût réduit de 30 à 50%, sur les choix alimentaires des personnes et des familles et sur l'acquisition de compétences. Ces projets ont aussi permis la sensibilisation de décideurs municipaux à l'impact de l'aménagement urbain sur l'accessibilité à une alimentation de qualité.

Le Groupe des partenaires pour le développement de la sécurité alimentaire de la région de Montréal institué par la Direction de la santé publique est une instance intersectorielle maintenant connue par son plan d'action régional qui a amené :

1- La création ou la dynamisation de 18 concertations intersectorielles. La complémentarité des actions pour le développement durable a commencé à voir le jour au sein de ces concertations.

2- La sensibilisation régionale et extra régionale sur les enjeux de la sécurité alimentaire par la diffusion de huit dossiers thématiques dans la publication *Des gestes plus grands que la panse*. En plus de partager une vision de la sécurité alimentaire, cette diffusion a contribué à inscrire la problématique sur la carte des principaux organismes subventionnaires et des ministères de l'Emploi et de la Solidarité sociale et de la Santé et des Services sociaux.

3- Une démarche de diagnostic des besoins en sécurité alimentaire par les intervenants communautaires. Une cartographie de l'approvisionnement alimentaire commercial sur les 29 territoires de CLSC a permis de mettre en relief les inégalités dans l'accès à des aliments variés et de coût raisonnable dans une dizaine de quartiers défavorisés de la région.

Des solutions d'avenir face à la violence faite aux femmes

Objectif spécifique

Assurer la coordination de la mise en œuvre des politiques en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale.

Bilan

Les activités visant l'accès, la continuité des services aux femmes victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle s'exercent sur une base continue.

Le report du lancement des *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* initialement prévu en 1998, mais réalisé en mars 2001, a retardé le travail à réaliser en cette matière.

La Régie régionale a cependant assuré sa participation à plusieurs instances et tables de concertation en plus de collaborer à l'organisation de journées thématiques sur les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle, la problématique de la violence conjugale, les ressources pour les victimes d'agression sexuelle et sur la concertation intersectorielle en matière de violence faite aux femmes.

Objectif spécifique

Réduire la tolérance sociale face à la violence faite aux femmes.

Bilan

La promotion de rapports harmonieux et égalitaires entre les garçons et les filles et la prévention de la violence dans les relations amoureuses des adolescents ont fait l'objet d'une attention particulière au cours des dernières années, ceci dans le but de réduire la tolérance sociale face à la violence faite aux femmes. Une enquête réalisée auprès de 500 jeunes de Montréal sur leurs opinions et comportements au sein de leurs relations amoureuses a permis d'alimenter les intervenants dans leur réflexion sur le travail de sensibilisation à réaliser auprès des jeunes et de resituer la question de la violence dans les relations amoureuses dans un cadre plus global du développement de la vie amoureuse des adolescents. Cette approche large et promotionnelle a favorisé la mobilisation des intervenants jeunesse et permis la réalisation de nombreuses activités.

Les activités de la campagne nationale visant la prévention de la violence dans les relations amoureuses, à laquelle a collaboré la Direction de la santé publique jusqu'en 2000, ont permis de distribuer 550 000 tabloïds et 1 000 affiches. La dernière phase de cette campagne ainsi que la mise en œuvre de celle sur la prévention des agressions sexuelles est sous la direction du Ministère.

Les communautés ethnoculturelles reconnues comme clientèle particulière par la *Politique interministérielle en matière de violence conjugale* ont fait l'objet d'une attention spécifique depuis 1998, et ce, à travers plusieurs objectifs de la priorité *Violence faite aux femmes*. Des activités de sensibilisation ont été adaptées aux adultes et aux jeunes des communautés italienne, latino-américaine, arabe et haïtienne.

Objectif spécifique

Prévenir la violence chez les jeunes.

Bilan

Afin de prévenir la violence chez les jeunes dans les relations amoureuses, différentes activités de formation et de développement d'outils en matière de prévention ont été offertes aux intervenants jeunesse en milieu scolaire, institutionnel et communautaire.

À chaque année c'est près de 150 intervenants provenant de divers milieux qui sont rejoints soit par une formation de base, la formation à l'approche préventive VIRAJ (violence dans les relations amoureuses chez les jeunes) ou encore par des séminaires d'échange et de réflexion.

Un répertoire des programmes et outils de sensibilisation en

matière de prévention de la violence dans les relations amoureuses et un bottin de ressources pour jeunes aux prises avec la violence dans les relations amoureuses ont été réalisés et diffusés.

Des liens restent à établir avec des instances régionales de concertation intersectorielle.

Objectif spécifique

Contrer l'isolement et accroître le sentiment de sécurité chez les femmes.

Bilan

Des projets locaux dans Montréal-Nord, Petite Patrie et Plateau Mont-Royal se sont poursuivis durant le Défi de l'accès afin d'aider les femmes à contrer leur isolement et à accroître leur sentiment de sécurité (ex. : cours d'auto-défense, marches exploratoires dans les quartiers pour les femmes et personnes âgées, projet Commerçants Secours). Les activités en cours depuis 1998 sont diverses et reprises fréquemment afin de joindre l'ensemble des femmes notamment celles qui sont les plus vulnérables. L'ensemble de ces activités sont réalisées en partenariat.

De plus, le soutien financier au comité Action femmes et sécurité urbaine a permis de réaliser plusieurs activités :

> inventaire des outils, projets et programmes existants en matière de sécurité urbaine,

> diffusion du rapport de recherche sur le sentiment d'insécurité des auxiliaires à domicile d'un CLSC,

> séminaire et activités de sensibilisation sur la sécurité des femmes en milieu urbain auprès des acteurs en aménagement urbain et autres intervenants.

Objectif spécifique

Accroître la sensibilisation des intervenants et assurer la formation et le soutien requis.

Bilan

Différents projets portant sur le dépistage de la violence conjugale ont été mis en œuvre, notamment la consolidation de la formation dans les CLSC de même que l'implantation d'un programme intégré de dépistage et de suivi en violence conjugale à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. La formation des professionnels de trois départements a été complétée ainsi que l'élaboration d'un outil de dépistage adapté. L'évaluation d'implantation ainsi que l'élaboration d'un protocole de référence intersectoriel sont en cours. Depuis 1998, près de 2 000 intervenants des centres hospitaliers de courte durée ont été formés à la problématique de la violence conjugale.

Au chapitre de la formation dans les CLSC, 27 des 29 CLSC ont été formés au dépistage systématique à la violence conjugale. Depuis 2000-2001, une supervision clinique à raison de 27 heures-semaine/CLSC est offerte. Une formation de formatrices est prévue en 2002-2003.

Un premier guide de sensibilisation sur la problématique de la violence conjugale et les femmes handicapées reconnues comme une clientèle particulière dans la politique en matière de violence conjugale a été conçu. Deux cent personnes ont été rejointes.

Un comité de travail en matière de violence envers les femmes handicapées rejoignant les CLSC, les maisons d'hébergement et les centres de réadaptation a été mis sur pied.

Une attention particulière est portée à l'intervention auprès des femmes victimes de violence conjugale des communautés ethnoculturelles.

Au chapitre des agressions sexuelles, des formations ont été planifiées et seront dispensées au cours de 2002 :

> Formation aux trousses médicolégales et médicosociales sans prélèvements médicolégaux dans les centres désignés et ce, aux intervenants de tous les secteurs concernés par la problématique des agressions sexuelles;

> Formation à l'*Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique.*

Objectif spécifique

Prévenir la récidive de la violence faite aux femmes.

Bilan

Afin de prévenir la récidive de la violence faite aux femmes, la Régie régionale a dirigé son action auprès des enfants témoins de violence conjugale et de leur mère par le biais de sept CLSC, sept maisons d'hébergement et les deux centres jeunesse. La Régie régionale a aussi constitué un comité de travail intersectoriel pour l'élaboration et la réalisation d'un protocole régional d'intervention auprès des enfants témoins de violence conjugale et de leurs parents.

Les activités réalisées depuis 1998 concernant la problématique des enfants témoins ont permis à l'ensemble des acteurs concernés d'être sensibilisés à cette réalité et d'initier certains changements dans leur pratique et ce, malgré des moyens limités. Une évaluation d'implantation a été complétée.

La consolidation de l'intervention demande plusieurs actions durant les prochaines années notamment :

> l'évaluation du projet-pilote d'intervention psychosociale de groupe auprès des enfants,

> la consolidation de cette intervention,

> la mise en oeuvre d'un protocole régional d'intervention intersectorielle auprès des enfants témoins de violence conjugale.

La violence conjugale dans les communautés ethnoculturelles a aussi fait l'objet d'attention.

Les quatre centres désignés qui reçoivent les victimes d'agression sexuelle en situation d'urgence ont été consolidés grâce à 180 000 $ alloué en 2001-2002.

Objectif spécifique

Établir des protocoles de collaboration entre les CLSC, les centres jeunesse et les autres partenaires et mieux coordonner les interventions auprès des victimes et des enfants témoins de violence conjugale.

Bilan

Un comité de travail intersectoriel pour l'élaboration et la réalisation d'un protocole régional d'intervention auprès des enfants témoins de violence conjugale et de leurs parents a été constitué. Un protocole sous-régional d'intervention intersectorielle en lien avec le projet-pilote mis en place à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a été élaboré.

Les travaux entrepris en ces matières sont en cours d'élaboration et ce, en collaboration avec les divers partenaires.

LES ENJEUX DE L'AVENIR

> **L'arrimage du plan d'action régional de santé publique avec :**
>
> - **Le programme national,**
> - **Le prochain plan stratégique triennal de la Régie régionale,**
> - **La politique de santé et de bien-être en révision,**
>
> **La coordination de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des 29 plans d'action locaux en santé publique : un par territoire de CLCS,**
>
> **L'arrimage et le partenariat avec la Ville de Montréal : arrondissements et territoires de CLSC,**
>
> **La mobilisation des ressources actuelles vers les priorités d'action.**

Mesure 10 | Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur

Le Projet jeunesse montréalais :
un projet visionnaire… des objectifs à poursuivre

Grandir sur l'île, le projet jeunesse montréalais, s'adresse aux enfants, aux jeunes vulnérables ainsi qu'à leurs parents. Il vise à améliorer la santé et le bien-être de ces jeunes et veut contribuer à réduire le nombre d'enfants victimes de négligence et de violence, le nombre de personnes ayant des comportements violents et le nombre de jeunes exclus ou marginalisés. Le Projet jeunesse montréalais implique tous les acteurs jeunesse montréalais. Il invite de nombreux partenaires à relever le défi de la collaboration, du partenariat et de la concertation.

Le Projet jeunesse montréalais a été confirmé, au cours de l'année 2001-2002, dans ses orientations et ses objectifs par le ministère de la Santé et des Services sociaux. En effet, le Forum jeunesse de décembre 2001 créé par le Ministère a confirmé les orientations adoptées par la Régie régionale de Montréal en 1998. Rappelons que le Projet jeunesse montréalais met l'accent sur l'importance des actions intersectorielles sur une base locale et reconnaît le CLSC comme la voie d'accès unique à l'ensemble des services fournis par le réseau de la santé et des services sociaux. Le développement d'interventions en amont de la Protection de la jeunesse figure au premier plan des stratégies tant ministérielles que régionales. La Régie régionale a donc poursuivi des travaux en ce sens.

Objectif spécifique

Développer, à Montréal, d'ici 2002, un projet jeunesse partagé et mobilisateur à l'intention des jeunes et de leurs parents.

Bilan

Afin d'articuler le Projet jeunesse montréalais, la Régie régionale a mis sur pied, en 1998-1999, un comité de coordination composé de représentants d'établissements de santé et de services sociaux, d'organismes communautaires, des centres de la petite enfance, du milieu scolaire, du milieu municipal, du milieu de l'emploi, des lignes d'écoute jeunesse, du Service de police de la Ville de Montréal et du Forum jeunesse de l'île de Montréal. La Régie régionale a procédé au lancement, en septembre 1999, de l'état de situation du Projet jeunesse montréalais. Suite à ce dépôt, à la fin mars 2000, 28 équipes locales, sur la base des territoires de CLSC, avaient déposé un document résumant l'état de la situation sur leur territoire. Ces états de situation ont été la base pour l'élaboration de plans d'action locaux, plans qui n'ont pas encore été déposés à ce jour, faute d'une entente sur un scénario de prestation de services et d'allocation de ressources entre les CLSC et les centres jeunesse.

Malgré les difficultés rencontrées à la réalisation de l'ensemble des objectifs, les partenaires sectoriels et multisectoriels ont maintenu une participation active au Projet jeunesse montréalais au cours des trois dernières années. Ces derniers ont aussi adhéré aux orientations du Projet jeunesse montréalais, lesquelles ont été confirmées par des orientations ministérielles, en décembre 2001.

Objectif spécifique

Développer, dans le cadre du Projet jeunesse et des orientations s'y rapportant, quatre programmes spécifiques d'intervention dans le but de lutter plus efficacement contre la négligence parentale, la violence familiale à l'endroit des enfants, la violence à l'adolescence, l'exclusion et la marginalisation.

Bilan

Un projet d'intervention psychosociale de groupe auprès des enfants témoins de violence conjugale et de leurs mères a été réalisé avec la participation de sept CLSC, sept maisons d'hébergement et les deux centres jeunesse. Cinq groupes enfants-mères ont été constitués.

Des concertations visant l'application, dans la région de Montréal, de l'*Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique* ont été établies.

Le développement de l'accès à des services de santé et des services sociaux pour les jeunes marginaux s'est concrétisé dans les CLSC par la mise en place de la Clinique des jeunes de la rue du CLSC des Faubourgs et le Café Ketch où le CLSC du Plateau Mont-Royal offre aussi, sur place, des services médicaux et psychosociaux aux jeunes de la rue. Les services de soutien et d'accompagnement assurés par les organismes communautaires subventionnés par le même programme sont toujours actifs.

Objectif spécifique

Accentuer, au cours de la période 1998-2002, et en cohérence avec le Projet jeunesse priorisé, le renforcement des interventions de prévention/promotion ou de toutes formes d'interventions réalisées en amont.

Bilan

La Régie régionale a réalisé des travaux permettant d'identifier les programmes de services à transformer afin de développer l'intervention en amont de la Protection de la jeunesse en centres jeunesse. Elle a travaillé avec les centres jeunesse et les CLSC en vue de la mise en place de services de première ligne visant le développement de l'intervention en amont de la Protection de la jeunesse.

Les partenaires ont été solidaires au développement d'actions préventives et proches du milieu du jeune et de sa famille. La mise en place de ces principes est toutefois difficile au plan local en raison d'un manque de ressources dans les CLSC de la région de Montréal et d'un engorgement perpétuel des services résidentiels dans les centres jeunesse, notamment au Centre jeunesse de Montréal.

Objectif spécifique

Assurer, dans chacun des territoires de CLSC et au plan régional, une meilleure accessibilité des services.

Bilan

Les CLSC et les centres jeunesse ont élaboré des états de situation sur les services disponibles dans chaque territoire de CLSC. Ces états de situation avaient pour but de permettre l'élaboration de plans d'action concernant l'organisation, par territoire de CLSC, des services aux jeunes et à leur famille. Ces plans n'ont pas encore été déposés à ce jour, et la Régie régionale travaille toujours, en collaboration avec ses partenaires, à élaborer le meilleur mode de prestation de services et d'allocation de ressources entre les CLSC et les centres jeunesse afin d'atteindre une meilleure accessibilité des services.

Les 29 CLSC de la région de Montréal ainsi que les deux centres jeunesse ont adopté en juin 2001 un guide de collaboration CLSC/Centres jeunesse s'inspirant de l'entente provinciale entre l'Association des centres jeunesse et l'Association des CLSC/CHSLD. Cette entente régionale a amené ces deux catégories d'établissements à se mobiliser pour le développement de services lorsqu'un jeune fait l'objet de services reliés à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et à la *Loi sur la protection de la jeunesse*.

L'entente régionale Centres jeunesses/CLSC et la production du Guide de collaboration constituent des réalisations importantes du Projet jeunesse montréalais.

Objectif spécifique

Mettre en place, dans chacun des territoires de CLSC et au niveau régional, des mécanismes de coordination et de concertation visant le renforcement de l'unité d'action des acteurs sectoriels et intersectoriels.

Bilan

La réalisation de divers mécanismes d'accès (déficience

intellectuelle), de mécanismes d'articulation (périnatalité), de protocoles de collaboration (adaptation sociale et santé mentale) ont contribué à un meilleur accès aux services destinés aux jeunes et aux familles. Des travaux de collaboration se sont poursuivis avec le Service de police de la Ville de Montréal afin d'assurer un meilleur arrimage avec les intervenants sociaux. Des travaux importants ont aussi été réalisés dans la révision de l'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation.

Objectif spécifique

Consolider et assurer, dans le cadre de la mise en place du Projet jeunesse, une meilleure intégration des services spécialisés, en appui à l'intervention conduite près des milieux naturels de vie.

Bilan

Des acteurs régionaux ont contribué à l'élaboration d'un état de situation quant aux collaborations et protocoles existants dans le but de desservir des clientèles multiproblématiques. Ces travaux visent la mise en place, pour l'année 2002-2003, d'une organisation régionale des services pour les clientèles multiproblématiques, démarche menée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les programmes de subvention en jeunesse existants à la Régie régionale ont été intégrés à l'intérieur d'une enveloppe unique destinée à soutenir les organismes communautaires impliqués auprès des moins de 17 ans dans leur collaboration aux plans d'action locaux.

Objectif spécifique

Améliorer nos stratégies intersectorielles en procédant à une radiographie permettant d'analyser et de comparer les investissements, les besoins et les résultats à une échelle locale.

Bilan

Au cours de la dernière année, l'équipe d'évaluation du Projet jeunesse montréalais a terminé la première collecte de données sur les réseaux de collaboration dans 10 des 29 territoires de CLSC. Des résultats ont été acheminés aux territoires participants. L'équipe a également terminé l'analyse des entrevues réalisées en janvier et novembre 2001 auprès des porteurs de dossiers. De plus, un deuxième rapport a été publié suite à l'évaluation de l'articulation Centres jeunesse/CLSC.

Enfin, la diffusion d'information sur les activités et l'évolution du Projet jeunesse montréalais est assurée par le site Web de la Régie régionale.

Les enjeux de l'avenir

- > Établir des modalités de prestation de services et d'allocation de ressources entre les CLSC et les centres jeunesse pour offrir de l'intervention en amont de la Protection de la jeunesse,
- > Mettre en œuvre les plans d'actions préventives dans un certain nombre de territoires,
- > Obtenir l'adhésion des partenaires sur le terrain.

Mesure 11 | Alcoolisme / toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel

Au début des années 90, le virage préventif était pris en matière de toxicomanie. Ceci signifiait mettre de l'avant des actions concertées avec tous les intervenants concernés par cette question et assurer à la personne toxicomane la place centrale dans toutes les interventions. Le Programme régional de promotion de la santé et de prévention des toxicomanies a alors été mis sur pied.

Le plan 1998-2002 visait l'amélioration des services existants par un réseau intégré de services pour l'ensemble du continuum (promotion, prévention, intervention précoce, réadaptation et réinsertion). Le financement du plan d'action devait être assumé conjointement par le réseau de la santé et des services sociaux et par les partenaires multisectoriels concernés par les conséquences de l'abus de consommation de l'alcool et de drogue. N'ayant pu bénéficier du financement tel que proposé, les volets prévention et reinsertion n'ont pas été renforcés. Par ailleurs, le financement récurrent de plus de 3,5 M$ du Ministère nous a permis d'atteindre une partie nos objectifs.

Objectif spécifique

La Régie régionale propose un budget de développement de 1,3 M$ assumé par le réseau de la santé et les services sociaux pour assurer l'accès à des services de traitement à la méthadone pour les héroïnomanes sur l'ensemble de l'île de Montréal.

Bilan

Dans le plan 1998-2002, Montréal s'est distingué par le déploiement de quatre programmes spécialisés pour le traitement à la méthadone auprès d'environ 1 200 héroïnomanes. Ces programmes ont bénéficié d'un investissement de 1 M$. Relais méthadone, un des programmes, nécessite un budget récurrent de 300 000 $.

Bien que ces programmes aient atteint la clientèle visée, le nombre de nouveaux patients qui peuvent être pris en charge est limité, et ce, parce que peu de médecins de la communauté y participent. Pour remédier à cette situation, un service d'appui à l'utilisation de la méthadone a été mis en place afin de conseiller les médecins et les intervenants.

Grâce à l'expertise développée au cours des dernières années, nous pouvons dire que la région de Montréal assume un leadership dans le domaine du développement des services de traitement à la méthadone.

Objectif spécifique

Étendre à toute l'île de Montréal l'application du Programme régional de promotion de la santé et de prévention des toxicomanies.

Bilan

La Régie régionale a maintenu le suivi du Programme régional de promotion de la santé et de prévention des toxicomanies dans 18 territoires de CLSC qui bénéficient d'un budget d'environ 25 000 $/an. Le manque de financement explique pourquoi le programme n'a pu être appliqué à l'ensemble des territoires de CLSC. Les partenaires de chaque territoire (milieu scolaire, organismes communautaires impliqués auprès des jeunes, service de police, CLSC) se concertent afin de présenter un plan d'action annuel qui doit recevoir l'aval de la Régie régionale. Ces plans d'action sont constitués d'activités pour la prévention des toxicomanies principalement auprès des jeunes.

Objectif spécifique

Améliorer le dépistage et l'intervention précoce et augmenter l'accessibilité aux services offerts en CLSC aux alcooliques et toxicomanes.

Bilan

Les CLSC participent de plus en plus à l'offre de services aux personnes toxicomanes et aux jeunes marginaux. En plus

de leur participation au programme régional de prévention des toxicomanies, les CLSC s'impliquent dans les programmes d'échange de seringues, le traitement à la méthadone, ainsi que dans les programmes en développement afin de rejoindre les jeunes mères toxicomanes. Le Défi de l'accès pour les jeunes de la rue a confirmé la vocation des CLSC des quartiers centraux (Plateau Mont-Royal, des Faubourgs et Hochelaga-Maisonneuve) de desservir les populations marginalisées que sont les toxicomanes et les jeunes marginaux, par, entre autres, des services médicaux et psychosociaux.

Objectif spécifique

Développer des services complémentaires auprès des personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme-toxicomanie et de santé mentale.

Bilan

Fruit de la collaboration entre le Centre Dollard-Cormier et le Centre hospitalier Louis H.-Lafontaine, la Clinique Cormier-Lafontaine a été inaugurée en août 2001. Elle répond au besoin de doter Montréal d'une expertise dans la double problématique de la santé mentale et de la toxicomanie. L'équipe composée de psychiatres et d'intervenants en toxicomanie donne à la fois des services à la clientèle et dispense de la formation aux intervenants de première et deuxième lignes.

Au cours de la période du Défi de l'accès, le Programme Portage a reçu un budget de 500 000 $ récurrent afin de maintenir un programme interne de traitement de cette double problématique pour 20 résidents.

Objectif spécifique

Améliorer l'accessibilité de la clientèle anglophone aux services en alcoolisme et toxicomanie.

Bilan

Pour des services aux jeunes anglophones de l'ensemble du Québec, un projet interne de 24 places avec le programme Portage a été développé conjointement avec le Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw. Un budget de 700 000 $ a été alloué pour ce programme.

En plus des services internes pour les jeunes anglophones, il a été possible de développer des services d'urgence 24/7 pour les personnes d'expression anglaise avec la collaboration du Centre Dollard-Cormier, et à l'aide d'un budget de 70 000 $.

Objectif spécifique

Développer des services en toxicomanie pour les personnes détenues dans les établissements provinciaux de Montréal.

Bilan

Le plan de la Régie visait à offrir des services généraux en toxicomanie dans les trois établissements de Montréal par l'ajout de ressources de suivi psychosocial. L'élaboration d'un projet impliquant le CLSC Ahuntsic, le Centre de détention de Montréal (Bordeaux) et le Centre de recherche et d'aide aux toxicomanes pour développer des services de maintien à la méthadone en prison fait l'objet de discussion. Le développement des projets avec les établissements de détention est tributaire des pourparlers actuellement en cours entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique au sujet du protocole de responsabilités pour les soins de santé dans les établissements de détention.

Objectif spécifique

Développer les initiatives communautaires et le contrôle de la qualité des services offerts dans le secteur privé.

Bilan

La Régie régionale était préoccupée par la qualité des services offerts dans le secteur privé.

À la suite de l'adoption d'un cadre normatif par le Ministère, en

décembre 2000, sur la certification des organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement, la Régie régionale a reçu un mandat visant à inciter les organismes à s'inscrire dans le processus de certification, ceci dans le but d'offrir des services de qualité à la clientèle. On compte actuellement quelques inscriptions, la démarche étant à ses débuts.

Les personnes itinérantes

Objectif spécifique

Améliorer l'intégration des actions visant les personnes itinérantes dans les continuums de services : santé physique, santé mentale, déficience intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, sida et assurer l'accès aux services.

Bilan

La relance du comité de liaison en itinérance de la Régie régionale, en partenariat avec la Ville de Montréal, le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal et l'ensemble des organismes en itinérance, a permis de faire face au débordement des ressources : un service téléphonique 24/7 et des places d'hébergement ont été ajoutées pour la période de novembre 2001 à mai 2002, et le service Urgence-psychosociale J, pour les itinérants qui ont des problèmes avec la justice, a bénéficié d'une augmentation de son budget récurrent. Le comité a également joué un rôle important dans le cadre de l'Initiative de partenariats en action communautaire. La santé mentale et le logement social avec support communautaire font aussi partie intégrante de ses priorités d'intervention.

De plus, dans le cadre du Défi de l'accès pour les jeunes de la rue, le Ministère a alloué un budget de 970 000 $ récurrent à la région de Montréal afin de contrer la détresse sociale chez les jeunes. Ce budget a servi à consolider des organismes communautaires qui interviennent directement auprès des jeunes par le travail de rue de même que la mise en place de services cliniques spécialement dédiés aux jeunes de la rue par les CLSC Plateau Mont-Royal et des Faubourgs.

Des projets de formation ont été mis sur pied, dont la prévention du suicide, pour les intervenants d'organismes communautaires ainsi que des formations de l'organisme Médecins du monde sur différents thèmes reliés aux problématiques que vivent les jeunes de la rue : violence, agression, drogue, suicide, sexualité/grossesse, etc.

Initiative de partenariats en action communautaire

Dans le cadre du programme fédéral *Initiative de partenariats en action communautaire*, la Régie régionale s'est vu confier en 2001 le mandat de préparer un plan communautaire en concertation avec ses partenaires du milieu de l'itinérance provenant tant du milieu communautaire que du réseau institutionnel et municipal, dont la Ville de Montréal et le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal.

Ce plan communautaire a comme objectif de contribuer à l'amélioration des conditions de vie et de santé des personnes itinérantes, à la consolidation des organismes et des ressources existantes, à la prévention de l'incidence et des conséquences du phénomène de l'itinérance et à la création de nouveaux projets.

La Régie régionale a mis en place un processus de participation au programme, de sélection des projets et de recommandation des projets. Elle a aussi assuré la mise en œuvre de l'ensemble des projets qu'elle a recommandés. Cent trois (103) projets ont été approuvés touchant 64 organismes communautaires et 6 établissements. Un financement non récurrent de 26 736 770 $ provenant du programme fédéral a été consenti. Cette somme devra être dépensée d'ici septembre 2003. La répartition des projets est la suivante : 40% du financement pour le développement de nouvelles unités, 26% pour l'amélioration

locative, 21 % pour la consolidation et le développement de l'intervention, 7 % pour l'achat de matériel et d'équipement et 6 % pour la formation et la recherche.

Le logement social

La Régie régionale a reconnu l'importance des besoins en matière de logement social et a initié des travaux pour la signature d'un protocole sur le logement social avec support communautaire avec ses partenaires - le ministère des Affaires municipales et de la Métropole, la Société d'habitation du Québec et la Ville de Montréal - en vue d'assurer le financement des services de support communautaire en logement. Ce protocole, qui sera signé à l'automne, vise la clientèle des personnes itinérantes se retrouvant principalement dans les refuges de Montréal. Le protocole porte sur l'octroi de 300 000 $ récurrent par la Régie régionale pour le support communautaire dans des unités de logement gérées par des organismes sans but lucratif d'habitation (programme Accès-Logis, volet 3).

Les services pour les joueurs pathologiques

En décembre 2000, le ministère de la Santé et des Services sociaux désignait Montréal comme coordonnatrice d'un site expérimental pilote comprenant les régions de Montréal, Laval et Montérégie. Dans la première phase d'implantation du programme expérimental, la Régie régionale devait rendre accessibles des services de traitement pour le site pilote et des services d'intervention en situation de crise au Casino de Montréal. De 2000 à 2002, plus de 2,4 M$ ont été investis afin d'offrir des services aux joueurs pathologiques.

Bilan

> Mise en place d'une structure de coordination afin de favoriser l'implantation des services dans les trois régions du site.

> Implantation des services à l'échelle du site (traitement, intervention en situation de crise) en collaboration avec les organismes concernés.

> Développement d'un guide d'intervention en situation de crise et production d'un protocole d'entente entre les établissements des régions de Montréal-Laval-Montérégie (mécanisme d'accès interrégional).

De plus, 34 clients ont eu accès au service d'intervention en situation de crise au Casino durant l'année 2001-2002 et 1 155 clients ont eu accès aux services de traitement sur le site pilote Montréal-Laval-Montérégie.

En matière de prévention et de promotion, la Direction de la santé publique, en collaboration avec plusieurs partenaires, a produit une série de travaux relatifs aux jeux de hasard et d'argent. Les principales réalisations depuis l'an 2000 sont la publication d'une position de santé publique à propos des jeux, la publication d'une étude de prévalence des problèmes de jeux dans la région de Montréal, la publication et la distribution à l'ensemble des omnipraticiens de la région d'un guide de dépistage et de référence pour les joueurs à problème et leurs proches.

Les services en sida

Le Défi de l'accès visait à mettre en œuvre un plan régional en matière de VIH/Sida et autres MTS en lien avec la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida – Phase IV : 1997-2002* à l'intérieur d'un continuum de services incluant des activités de prévention/promotion et de soins et services.

La Régie régionale s'est dotée d'un meilleur mécanisme de coordination régionale entre les différents volets de services impliquant prévention/promotion, première ligne, courte durée et organismes communautaires.

Cela lui a permis de développer un plan régional intégré en matière de VIH-Sida qui a encadré la révision de plusieurs programmes et services de façon à tenir compte du

contexte évolutif de la maladie, de consolider les acquis, d'adapter des pratiques et de s'orienter vers l'atteinte des clientèles les plus vulnérables.

Objectif spécifique

Développer un plan d'action régional de prévention et de promotion à l'égard du VIH et des autres MTS et un plan de prévention destiné aux personnes toxicomanes utilisatrices de drogues injectables.

Bilan

En prévention/promotion :

> révision des priorités et orientation des actions vers les clientèles les plus vulnérables et les activités dites de proximité;

> consolidation des services et interventions reconnus efficaces (ex. : interventions dans les milieux de vie, stratégies de réduction des méfaits, etc.) et de mieux articuler le financement des activités de prévention avec le financement du programme de soutien aux organismes communautaires qui les assument.

Objectif spécifique

Revoir, adapter et assurer l'accessibilité à des services spécialisés de première ligne (incluant le dépistage et le maintien à domicile), à des services de courte durée en centre hospitalier (incluant l'accès à des services ultra-spécialisés offerts par les Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS) et à des services d'hébergement et de soutien dans la communauté destinés aux personnes atteintes du VIH/Sida.

Bilan

En première ligne :

> révision du programme de dépistage anonyme en fonction de l'évolution de l'épidémie pour mieux rejoindre les clientèles reconnues à risque;

> augmentation du nombre de CLSC (de 2 à 9) impliqués dans des services de dépistage VIH-MTS-hépatite C, de vaccination contre les hépatites A et B auprès des clientèles les plus vulnérables (dont sept auprès des jeunes marginaux et des personnes toxicomanes utilisatrices de drogues injectables) par des activités à proximité des clientèles;

> consolidation des services de dépistage VIH-MTS-Hépatites et de suivi psychosocial destinés aux personnes incarcérées dans les trois établissements de détention de Montréal;

> transformation de l'utilisation du Fonds régional SIMAD-SIDA vers un budget global qui soutient l'offre de services diversifiés de première ligne destinés aux personnes vivant avec le VIH-SIDA avec une décentralisation du mode de gestion et une répartition budgétaire en fonction des territoires de CLSC ayant une forte concentration de personnes vivant avec le VIH.

Dans les organismes communautaires

> diminution du nombre de places en hébergement destinées aux personnes atteintes du VIH en phase terminale tout en révisant la classification des services requis et consolidation du financement;

> augmentation, adaptation et consolidation des activités de soutien dans la communauté destinées aux personnes vivant avec le VIH et des activités de prévention;

> mise sur pied d'une nouvelle ressource d'hébergement communautaire de 10 places ayant un mandat régional de prise en charge 24/7 des personnes vivant avec le VIH qui ont des multiples problématiques (toxicomanie, itinérance, maladie mentale).

En courte durée

> développement et consolidation des services de

première et deuxième lignes à proximité des personnes toxicomanes itinérantes atteintes du VIH-Sida offerts par les professionnels de l'équipe mobile de l'Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida du CHUM et intégration de ces professionnels au personnel régulier du CHUM.

Objectif spécifique

Assurer le renforcement de mécanismes de soutien au développement des compétences des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

Bilan

Tout au long du Défi de l'accès, des activités de formation pour les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire ont été développées et données en lien avec l'adaptation des pratiques en fonction des nouvelles approches en matière de VIH/Sida.

Les enjeux de l'avenir

> **Acceptation sociale des programmes d'aide et de soutien aux toxicomanes,**
> **Travailler en partenariat, notamment avec la Ville de Montréal, aux problématiques sociales urbaines ou émergentes (jeu excessif, violence, violence faite aux femmes, itinérance).**

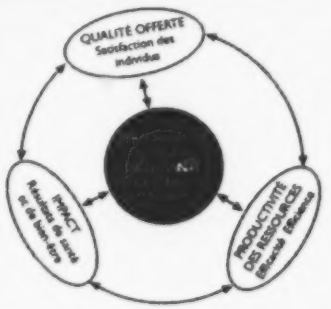
Mesure 12 | Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services

Le bilan des mesures de prévention et de promotion a été présenté à l'intérieur de chaque continuum de services.

L'**amélioration** continue de la qualité et l'évaluation des résultats

La Régie régionale s'était donné comme objectif d'évaluer le degré d'atteinte des objectifs du Défi de l'accès quant à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, l'amélioration de la qualité de la réponse aux attentes de la population et de la satisfaction des usagers et l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des services.

Graphique 22
Performance du réseau



Source : Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, Le Défi de l'accès, juin 1998.

Le Tableau de bord central

Le suivi du Défi de l'accès a été assuré par une reddition de compte intégrée, supportée par la publication annuelle du Tableau de bord central précisant des indicateurs :

> d'accessibilité aux services,

> de développement des services dans la communauté,

> d'impact sur la santé,

> de modernisation des services administratifs et de soutien,

> d'évolution de la situation financière,

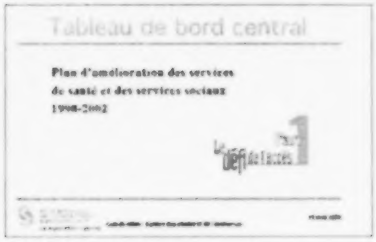
> de fonction de la main-d'œuvre,

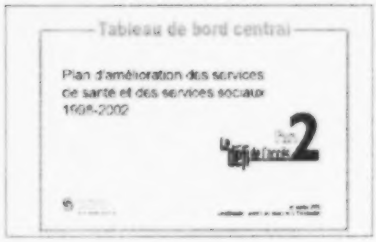
> de satisfaction des usagers face aux services reçus.

Compte tenu des délais nécessaires pour le traitement des données requises à sa production, le Tableau de bord central

a été publié à trois reprises (avril 2000, en janvier 2001 et en janvier 2002) bien que les quatre années du Défi de l'accès soient complétées.

La plupart des tableaux utilisés pour rendre compte de l'implantation des mesures du Défi de l'accès dans les chapitres antérieurs ont été tirés du Tableau de bord central.





Nous allons maintenant faire état des résultats observés concernant deux dimensions que nous n'avons pas encore abordées dans le cadre du bilan du Défi de l'accès, soit l'impact sur la santé et la satisfaction des usagers.

L'impact sur la santé

Le Défi de l'accès identifie trois indicateurs de suivi relatifs à l'impact sur la santé.

Pour la fracture de la hanche, l'infarctus du myocarde et les cancers du côlon et du rectum :

> le taux de réadmission en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier pour l'une de ces conditions ;

> le taux de létalité 90 jours après une admission pour l'une de ces conditions.

Pour l'appendice rompu, asthme, pneumonie, cellulite, insuffisance cardiaque, diabète, gangrène, hypokaliémie, maladies évitables par immunisation, hypertension maligne, pyélonéphrite, ulcère perforé ou avec hémorragie, hernie abdominale en occlusion, phlébite sans embolie pulmonaire :

> le taux d'admission évitable.

Tableau 24

Taux d'admission jugée évitable pour 10 000 personnes

	Années							
Groupe de conditions médicales	**1993-1994**	**1994-1995**	**Référence**	**1995-1996**	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
Appendice rompu[1]	2,06	2,20	2,13	2,23	2,34	2,46	2,32	2,45
Groupe 1[3]	16,04	15,53	15,79	15,43	13,23	13,23	13,39	11,50
Asthme	10,61	9,52	10,07	10,23	8,58	8,86	7,36	7,08
Pneumonie	5,42	6,01	5,72	5,20	4,65	4,38	6,04	4,42
Groupe 2[3]	69,16	71,36	70,26	69,06	65,63	64,29	58,80	54,24
Cellulite	9,89	10,60	10,24	11,41	10,38	9,92	9,76	9,14
Insuffisance cardiaque	23,99	25,49	24,74	24,67	24,64	26,39	23,17	21,08
Diabète	13,11	12,89	13,00	11,63	11,36	11,20	9,87	9,42
Gangrène	1,11	1,14	1,13	1,26	1,16	1,16	0,97	0,86
Hypokaliémie	0,12	0,17	0,14	0,20	0,22	0,17	0,14	0,12
Maladies évitables par immunisation	0,74	0,31	0,52	0,25	0,30	0,17	0,25	0,21
Hypertension maligne	0,09	0,05	0,07	0,07	0,12	0,08	0,11	0,11
Pyélonéphrite	6,62	7,10	6,86	6,33	5,78	5,01	4,68	4,49
Ulcère perforé ou avec hémorragie	5,70	5,03	5,36	4,45	4,23	3,69	4,20	3,45
Hernie abdominale en occlusion	1,85	2,05	1,95	1,80	1,77	1,55	1,92	1,74
Phlébite sans embolie pulmonaire	5,94	6,54	6,24	6,99	5,67	4,97	3,75	3,62

1. Chez les résidants de Montréal de tous âges (N= 1 799 453 en 1999) : appendice rompu.
2. Chez les résidants de Montréal de 5 à 49 ans (N= 1 132 238 en 1999) : asthme, pneumonie.
3. Chez les résidants de Montréal de 18 ans et plus (N= 1 449 047 en 1999) : cellulite, insuffisance cardiaque, diabète, gangrène, hypokaliémie, maladies évitables par immunisation, hypertension maligne, pyélonéphrite, ulcère perforé ou avec hémorragie, hernie abdominale en occlusion, phlébite sans embolie pulmonaire.

Source : Tableau de bord central (un 3, janvier 2002.

L'analyse de l'évaluation des résultats observés sur les indicateurs retenus indiquent des :

1. Changements statistiquement significatifs :

> le taux de létalité des patients qui ont été hospitalisés pour un infarctus du myocarde a diminué au point d'atteindre un seuil statistiquement significatif pour les deux dernières années d'observation,

> on observe une diminution significative pour la plupart des conditions médicales pour lesquelles des admissions peuvent être évitées,

> le taux de réadmission pour les cancers du côlon et du rectum augmente de façon significative en 1998-1999. Il s'agit d'une augmentation touchant surtout les cas non chirurgicaux (i.e. admission à l'étude n'étant probablement pas pour le traitement initial).

2. Changements non significatifs mais qui, sur le plan clinique, attirent notre attention :

> pour les quatre exercices financiers suivant la période de référence, les taux de réadmission sont légèrement plus élevés pour l'infarctus du myocarde, bien qu'il n'y ait pas de tendance soutenue à la hausse. Cela peut tenir au fait que, pour cette condition, la proportion des patients avec gravité clinique élevée ou extrême a tendance à augmenter au cours de la période d'observation,

> les patients ayant souffert d'une fracture de la hanche présentent un taux de létalité légèrement plus élevé lors des trois dernières années d'observation,

> les taux d'admission évitable pour l'appendice rompu augmentent de façon notable.

En conclusion, nos résultats suggèrent que la transformation du réseau n'a pas eu d'effet négatif important, et même dans certains cas, on dénote un effet positif. Ainsi, pour 17 conditions médicales, nous avons comparé d'année en année les taux de réadmission, de létalité ou d'admissions possiblement évitables. Nous avons présenté 104 comparaisons. Quarante-huit (48) de ces comparaisons ont identifié des différences statistiquement significatives, 44 d'entre elles allant dans le sens d'une baisse des taux. Bien que n'atteignant pas un niveau statistiquement significatif, trois changements attirent notre attention sur le plan clinique. Des analyses complémentaires, une observation attentive soutenue ou un effort de recherche additionnel contribueront à préciser l'importance de ces derniers changements.

Projet de recherche sur les services de santé

En plus d'avoir contribué au Tableau de bord central, la Direction de la santé publique a produit quatre rapports annuels sur la santé de la population:

> 2001 - *Un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais*

> 2000 - *Impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*

> 1999 - *Prévenir, guérir, soigner – Les défis d'une société vieillissante*

> 1998 - *Les inégalités sociales de la santé.*

Avec le rapport sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé, la Direction de la santé publique se méritait, en décembre 2000, le prestigieux Prix canadien pour l'avancement de la recherche sur les services de santé. Ce prix soulignait le leadership de la Direction pour avoir, avant toutes les autres autorités régionales au pays, développé une capacité en recherche et développement qui lui a permis de se livrer à la reddition de comptes publics en matière de services de santé par la mise en place d'une infrastructure interne permettant d'intégrer les résultats au processus décisionnel de la Régie régionale.

La satisfaction des usagers

La Régie régionale a, depuis longtemps, accordé une grande importance à la satisfaction des attentes des personnes qui utilisent les services de santé et les services sociaux dispensés à Montréal.

Dès 1994, nous avons élaboré un concept de services permettant de mesurer le degré d'importance relative des attentes de la population face aux services ainsi que le degré de satisfaction des personnes qui les ont utilisés.

Cette méthode, mesurant le degré de satisfaction face à un épisode de soins précis, a été validée en 1994 par une enquête de départ auprès de 4000 Montréalaises et Montréalais. Elle respecte les meilleures pratiques en ce domaine (voir *British Medical Journal, Primary Care, Volume 324*, 16 mars 2002).

La Régie régionale a mené cinq études de satisfaction auprès des usagers montréalais avec une marge d'erreur d'environ 2%.

Tableau 25
Études de satisfaction menées auprès des usagers montréalais

Date de l'étude	Sujets		Nombre de répondants
	Importance des attentes	Satisfaction	
Mai 1994	X	X	4 000
Mai 1999		X	2 001
Mai 2000	X	X	2 006
Mai 2001		X	2 008
Mai 2002		X	2 006

Compte tenu des contraintes financières et légales, nous ne pouvions pas évaluer la satisfaction pour chacun des 140 établissements de la région. En effet, il aurait fallu des échantillons cinq à six fois plus importants et l'accès aux fichiers des patients.

Dans la phase préliminaire, nous avons commencé par l'évaluation du taux régional de satisfaction face aux hôpitaux, aux CLSC et aux cliniques médicales sans aller jusqu'à l'évaluation de la satisfaction pour chaque établissement.

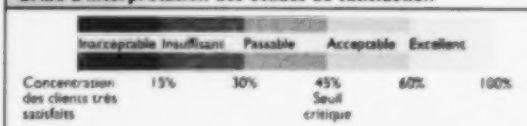
Un sommaire des résultats obtenus a été présenté dans le Tableau de bord central publié annuellement par la Régie régionale concernant l'évaluation des deux plans stratégiques d'organisation des services réalisés depuis 1995 :

> L'Atteinte d'un nouvel équilibre 1995-1998,

> Le Défi de l'accès 1998-2002.

Souvent, on analyse les résultats des études de satisfaction en analysant les scores des patients très satisfaits et assez satisfaits. Cette façon de faire donne, dans presque tous les cas, des taux de satisfaction très élevés. En conséquence, il est difficile par la suite de discriminer les améliorations et cela discrédite rapidement l'amélioration de la satisfaction comme outil d'amélioration de la performance.

Tableau 26
Grille d'interprétation des études de satisfaction



Source : Tableau de bord central, l'an X, janvier 2002

Nous nous sommes donnés dès le départ une grille d'interprétation plus rigoureuse et plus exigeante, mais plus discriminante et plus motivante dans le cadre d'une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services. Cette grille est inspirée des études de fidélisation de clientèle dans le domaine des services où le début de l'excellence se situe à 60% de clients très satisfaits. Dans cette perspective, les établissements qui visent l'excellence doivent rechercher le taux atteignant les 80%. Ainsi, cette grille rend l'utilisation stimulante peu importe où l'établissement est rendu sur la piste de l'excellence.

Une amélioration du taux de satisfaction

Les résultats quant à la satisfaction globale montrent une évolution favorable de 1994 à 2002. Bien que les résultats soient acceptables, il y a place à l'amélioration pour avancer

Tableau 27

Proportion des répondants très satisfaits de façon globale

	1994	1997	2000	2001	2002
CLSC	40,7 %	48,0 %	48,6 %	41,8 %	55,1 %
Centres hospitaliers	34,3 %	34,3 %	48,9 %	43,1 %	51,0 %
Cliniques médicales	43,1 %	59,9 %	52,4 %	52,4 %	59,8 %

Source : Étude sur les attentes et la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux, mise à jour du concept de service pour l'an 2000, rapport final, Zins Beauchesne et associés, juin 2000.

vers l'excellence dans la façon dont sont livrés les services.

Il est important de situer ces résultats dans leur contexte. La première mesure a été prise en mai 1994, un an avant l'importante réorganisation du réseau montréalais menée de 1995 à 1998, lors du premier plan stratégique de la Régie régionale : L'Atteinte d'un nouvel équilibre. Ces données démontrent que le taux de satisfaction en 1994 était très bas avant que s'amorce la réforme appelée « virage ambulatoire » par les médias.

La mesure de mai 1997 a été prise juste avant le programme de départ volontaire à la retraite qui a eu un impact très important dans les établissements. Elle suivait deux ans de réorganisation des services et les résultats montrent une amélioration du taux de satisfaction.

Les deux sondages qui ont suivi le programme de départ à la retraite, effectués en mai 2000 et en mai 2001, démontrent une baisse du taux de satisfaction.

L'enquête de mai 2002, après deux années de rehaussement budgétaire, montre une amélioration de la satisfaction qui est à son niveau le plus élevé depuis 1994.

Soulignons qu'au cours de la période, les cliniques médicales ont maintenu un taux de satisfaction assez constant, près du seuil de l'excellence, dans la façon de livrer les services.

La poursuite d'une stratégie d'amélioration continue de la qualité

Notre objectif n'était pas d'évaluer pour évaluer mais, d'évaluer pour s'améliorer. En plus d'avoir développé une balise régionale en matière de satisfaction face aux services ainsi que des outils de mesure valides, nous avions comme objectif de généraliser l'implantation d'un programme *d'amélioration continue de la satisfaction dans tous les établissements* de la région.

Dans cette perspective, les outils généraux ont été adoptés au contexte des différentes catégories d'établissements grâce à la collaboration de 22 d'entre eux qui se sont portés volontaires comme sites pilotes.

Ainsi, nous avons pu adapter les outils d'évaluation de la satisfaction afin de permettre leur utilisation dans tous les types d'établissements de santé et de services sociaux.

De plus, en l'an 2000, de concert avec cinq autres régies régionales, soit celles de l'Outaouais, des Laurentides, de Laval, de la Mauricie et du Centre-du-Québec et du Saguenay–Lac-Saint-Jean, nous avons procédé à une mise à jour du concept de service pour nous assurer qu'il était toujours le fidèle reflet des attentes les plus importantes de la population quant à la dispensation des services de santé et des services sociaux.

Cette étude a révélé que les 10 attentes les plus importantes des Québécoises et des Québécois sont :

1. Que tous les gens soient traités également, sans aucune discrimination.
2. Que les locaux et les équipements soient propres.
3. Que l'ensemble des personnes rencontrées soient compétentes.
4. Que l'on traite votre dossier de manière confidentielle.
5. Que l'intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) vous écoute attentivement et vous prenne au sérieux.
6. Que vous ayez une réponse aux examens et aux évaluations qui sont faits, que ce soit positif ou négatif.
7. Que l'on respecte votre intimité physique.
8. Que l'on prenne le temps nécessaire pour s'occuper de vous.

Tableau 28
Sites pilotes

Établissements	Clientèles cibles
1. Centre universitaire de santé McGill	Santé physique, personnes ayant une déficience rénale
2. Centre hospitalier de l'Université de Montréal	Santé physique, personnes hospitalisées
3. Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Santé physique, personnes ayant un problème de pneumologie
4. Hôpital Sainte-Justine	Santé physique, cliniques externes et service de l'obstétrique
5. Centre hospitalier Angrignon [1]	Santé physique, programme de chirurgie d'un jour
6. Centre hospitalier de St. Mary	Santé physique, service de l'obstétrique
7. Centre hospitalier régional de Lanaudière	Santé physique, services de l'urgence
8. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Santé physique, l'ensemble des personnes
9. CLSC Rivière-des-Prairies	Santé physique et sociale, enfants, jeunes et familles
10. CLSC Mercier-Est/Anjou	Santé physique et sociale
11. CLSC Villeray	Personnes en perte d'autonomie, service de soutien à domicile
12. CLSC Ahuntsic	Les organismes de la communauté
13. CLSC La Petite Patrie	Santé physique et sociale
14. Résidence Yvon-Brunet (CHSLD)	Personnes en perte d'autonomie hébergées
15. Hôpital Notre-Dame de la Merci (CHSLD)	Personnes en perte d'autonomie hébergées
16. Les Centres jeunesse de Montréal	Jeunes en difficulté d'adaptation
17. Centre Dollard-Cormier	Personnes alcooliques et toxicomanes
18. Centre hospitalier Douglas	Santé mentale, personnes adultes
19. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge	Personnes ayant une déficience physique (moteur)
20. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	Personnes ayant une déficience physique (moteur)
21. Centre de réadaptation Gabrielle-Major	Personnes ayant une déficience intellectuelle
22. Centre de readaptation l'Intégrale	Personnes ayant une déficience intellectuelle

[1] Le centre hospitalier de Verdun et le centre hospitalier de LaSalle

9. Que l'intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) prenne le temps de bien vous expliquer ce qui se passe à chaque étape.
10. Que l'on vous traite avec respect.

Après ces années de développement et d'expérimentation, la Régie régionale a tenu en mai 2000 un important colloque provincial intitulé *Évoluer pour s'améliorer*, avec la collaboration des 22 établissements qui ont servi de sites pilotes.

Plus de 500 personnes, dont la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, madame Pauline Marois, ont participé à cet événement où ont été rendus publics les résultats des projets menés dans les établissements ainsi que les résultats des enquêtes régionales et nationales à ce sujet. Au sortir du colloque, la Régie régionale a transmis au Ministère le rapport d'évaluation de la démarche menée de 1994 à 2000 et a recommandé fortement la généralisation d'un tel programme à tous les établissements.

En conclusion

Nous pensons que maintenant, toutes les conditions sont réunies pour généraliser dans tous les établissements de Montréal et du Québec l'implantation d'un programme d'amélioration continue de la satisfaction des usagers et pour inclure, dans une reddition de compte intégrée, la satisfaction des usagers. La nouvelle Loi sur l'administration publique ainsi que la Loi sur les services de santé et les services sociaux, révisées à la suite des recommandations de la Commission Clair, vont dans le sens d'une gestion orientée vers les résultats et d'une reddition de compte intégrée et équilibrée.

Le développement des ressources humaines

La qualité des soins aux patients, en particulier dans les secteurs relationnel et professionnel, passe par la compétence, la mobilisation et les attitudes du personnel et des médecins.

C'est pourquoi nous avons conçu, produit et distribué dans les établissements des outils de communication pour la formation des administrateurs, des gestionnaires, des professionnels, des médecins et des comités d'usagers. Un cédérom sur le programme d'amélioration continue, un vidéo intitulé *Des gens comme bien d'autres...* et une trousse pour l'implantation d'un programme ont été diffusés dans le réseau montréalais.

La Régie régionale, en collaboration avec le Département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, a offert des bourses d'étude aux étudiants qui sont inscrits au programme QUEOPS, un programme sur la gestion de la qualité des services et la satisfaction des usagers.

LES ENJEUX DE L'AVENIR

> **Implanter un système intégré et équilibré d'évaluation de la performance du réseau régional et de chacun des établissements.**

> **Passer de trois à quatre dimensions.**

Évaluation de la performance

Performance dans l'utilisation des ressources (Efficience)

- volume produit vs volume attendu
- coûts attendus vs coûts réels de production en fonction de la gravité et de la lourdeur du cas
- coût d'un épisode de soins
- gestion des ressources humaines : présence au travail, utilisation de la main-d'œuvre

Performance clinique (Efficacité)

- meilleures pratiques observées
- taux de morbidité
- taux de létalité
- taux de réadmission

} Équité

Réactivité

- satisfaction des usagers
- délais d'accès

} Équité

Performance stratégique

- le patient au bon endroit
- utilisation des ressources légères avant les ressources spécialisées
- les ressources spécialisées sur référence seulement
- pertinence des hospitalisations
- hospitalisations évitables

} Équité

> **Impliquer les cliniciens dans l'évaluation de la performance clinique.**

> **Intégrer les indicateurs pertinents dans les ententes de gestion et d'imputabilité.**

> **Soutenir le développement d'une culture d'amélioration continue de la satisfaction.**

Les ressources **humaines**

Le Plan de réorganisation 1995-1998 ayant engendré un mouvement de main-d'œuvre sans précédent, de nouveaux défis se sont alors dessinés en faveur d'une vision renouvelée en ressources humaines dans la région de Montréal-Centre. Considérant l'ampleur de la tâche, deux grands chantiers ont été ciblés pour orienter les travaux régionaux des quatre années visées par le Défi de l'accès 1998-2002.

Chantier I | Valorisation du personnel d'encadrement

Priorité I : Contribuer au repositionnement et à la revalorisation du rôle et du statut de cadre

Dès la première année, 400 cadres du réseau réunis lors d'un colloque régional convenaient d'un rôle valorisant pour le cadre intermédiaire et des compétences prioritaires nécessaires à son exercice.

Dans cette lancée, la Direction des ressources humaines poursuivait au cours des années suivantes, la promotion et l'implantation de la politique nationale de développement pour le personnel cadre déjà en exercice par :

> la publication d'une démarche d'implantation,

> le développement et la diffusion d'une trousse d'auto-formation aux deux compétences ciblées,

> la mise à jour et la diffusion de la trousse *Compétences 2000+* et le développement d'un répertoire des moyens de développement des compétences (deux outils adoptés par le Ministère et rendus disponibles aux autres régions),

> étude permettant de relever les pratiques novatrices et les défis en gestion de ressources humaines,

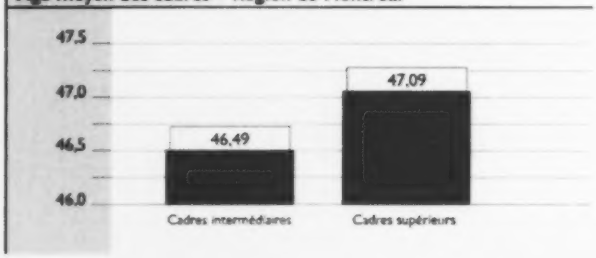
> soutien important au Salon de l'innovation,

> publication du bulletin *Nouvelles brèves* destiné au personnel cadre.

Priorité 2 : Doter la région d'un véritable plan de main-d'œuvre et de mobilité de carrière du personnel d'encadrement

Quelques études orchestrées par la Régie régionale de Montréal ont permis de mieux cibler le phénomène de vieillissement des cadres et de réaliser l'urgence de se doter d'une stratégie intégrée qui permette l'identification, le développement, le recrutement, l'intégration et la mobilité des candidats pour les postes de gestion dits critiques.

Graphique 23
Âge moyen des cadres > Région de Montréal



Plusieurs actions ont été entreprises en ce sens tout en visant une uniformisation des façons de faire qui permettent de concilier les besoins locaux et régionaux :

> Le développement d'une relève pour les postes cadres de niveau intermédiaire en accordant la priorité là où il existe une pénurie :

- mise en place d'un comité d'orientation stratégique et d'une équipe d'implantation pour le repérage d'une relève,
- développement et offre d'un programme académique axé sur Compétences 2000+,
- entente avec le *Centre de référence des directeurs généraux et des cadres* pour évaluation de potentiel,
- soutien financier de 508 790 $.

> L'identification et le développement d'une relève pour les postes de cadres supérieurs :

- préparation d'un programme et d'outils rendus disponibles au réseau montréalais avant la fin de 2002.

> La mise en place de certains moyens favorisant l'attraction et la rétention de main-d'œuvre :

- projet Maillage, acquisition et transfert des compétences et habiletés (MATCH) qui a permis une percée intéressante au plan de la mobilité,
- site de recrutement en ligne, amélioré en mars 2002, utilisé par la majorité des régies régionales,
- amorce des travaux pour le développement d'un portail Ressources humaines,
- amorce des travaux pour un programme d'extension de la vie professionnelle des cadres.

Chantier 2 | Mobilité professionnelle et maintien des compétences

Priorité 3 : Doter la région d'un véritable plan de main-d'œuvre

La situation préoccupante de la main-d'œuvre infirmière a mené la Régie régionale à en suivre l'évolution de très près au moyen d'une stratégie de suivi et d'interventions ciblées :

> colloque régional sur la planification de main-d'œuvre (PMO) infirmière en mars 2001,

> mesures de soutien aux établissements pour les étés 2000, 2001 et 2002,

> programme d'actualisation des infirmières ayant quitté la profession,

> collaboration avec le Comité sectoriel d'adaptation de la

main-d'œuvre pour personnes immigrantes (CAMO-PI) à un projet visant l'intégration à la profession à un groupe d'infirmières issues de l'immigration,

> travaux avec les partenaires du réseau sur les dimensions d'organisation du travail et de présence au travail.

D'autre part, certains moyens favorisant l'attraction, la rétention et la relève de main-d'œuvre salariée ont été mis en place :

> monitorage des données de recrutement, départs, postes vacants et absences,

> diffusion du bulletin l'*Échangeur RH*, un véhicule d'information à l'intention des directions d'établissements et de leurs équipes ressources humaines,

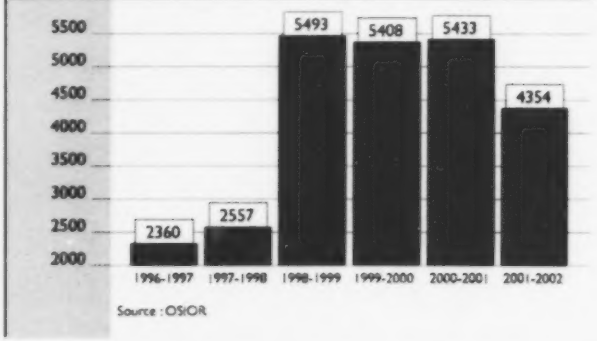
> présence régionale dans des salons et les publications visant le marketing du réseau de santé montréalais.

Priorité 4 : Améliorer les conditions de replacement et de mobilité professionnelle au sein de la région

Depuis le début de la transformation du réseau et pour l'ensemble des quatre années du plan régional d'amélioration des services, le Service régional de main-d'œuvre (SRMO) a traité plus de 20 000 requêtes provenant de tous les secteurs d'activités et représentant autant de mouvements de personnel au sein et entre les établissements pour ce mécanisme conventionné de gestion régionale de la main-d'œuvre. De ce total de requêtes traitées, on en compte 6 395 pour des postes d'infirmières, 777 pour des postes d'infirmières auxiliaires et 5 413 dans les secteurs paratechniques et soins infirmiers.

Il faut mentionner que trois programmes spéciaux nationaux de subventions visant à réduire les coûts de sécurité d'emploi (1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002) ont été menés avec succès dans la région et ont permis d'apporter une solution permanente dans de nombreux dossiers.

Graphique 24
Requêtes traitées



Source : OSIOR

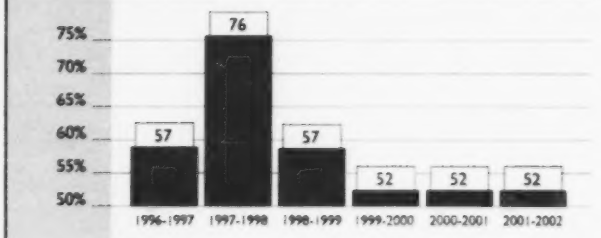
D'autres mesures importantes ont également permis de soutenir cette priorité :

> activités de recyclage et d'adaptation de la main-d'œuvre,

> soutien à la programmation de services lors de mouvements importants de main-d'œuvre, notamment en santé mentale et dans le secteur jeunesse,

> mise en place d'un comité régional des personnes salariées (syndicats, employeurs, milieu de l'éducation montréalais, Emploi Québec) pour favoriser la concertation.

Graphique 25
Taux annuel de résolution de dossiers



Source : OSIOR

Graphique 26
Inscription des salariés

	Disponible au 1er avril	Inscription en cours de période	Replacement (fermeture du dossier)	Disponible au 31 mars
1996-1997	3544	596	2348	1792
1997-1998	1792	347	1621	518
1998-1999	518	222	425	315
1999-2000	315	82	207	190
2000-2001	190	50	124	117
2001-2002	117	64	94	88

Source : OSIOR

Priorité 5 : Supporter les directions d'établissements dans leurs efforts pour maintenir les compétences de leur personnel

Depuis la mise en œuvre du Défi de l'accès, l'intervention de la Régie régionale en matière de développement des compétences, avec la formation-réseau, a bénéficié à l'ensemble des continuums de services et a soutenu des projets de formation pour près de la moitié des mesures du plan d'amélioration des services 1998-2002. De plus, quelques-uns des projets réalisés comprenaient une formation de formateurs afin de rejoindre par cette approche un plus grand nombre d'intervenants au sein des établissements et organismes concernés. Enfin, le suivi régulier des projets de formation a été l'occasion d'introduire une mesure systématique d'évaluation des impacts de la formation. Cette mesure permettra ultérieurement, soit au terme des projets, de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs en regard du changement souhaité.

Globalement, pour les quatre années du plan, le soutien de la Régie régionale dans le développement des compétences du personnel réseau a impliqué la coordination d'une quarantaine de projets régionaux de formation, la réalisation de 362 sessions de formation avec l'implication de 6 994 participants. Sur le plan financier, ces projets représentent un investissement de plus de 1,6 M$. Cet effort de formation partagé avec les établissements a assuré le maintien et le développement de nouvelles compétences chez les intervenants dans l'ensemble des programmes de services-clientèles.

LES ENJEUX DE L'AVENIR

- > Disponibilité d'une main-d'œuvre compétente pour répondre aux besoins requis par les soins et services à offrir,
- > Développement de la relève cadre,
- > Gestion de la présence au travail et mobilisation,
- > Planification de la main-d'œuvre dans les deux futurs centres hospitaliers universitaires,
- > Développement des compétences,
- > Accompagnement à la gestion du changement.

L'**impact** sur les systèmes d'information

Le secteur des technologies et des systèmes d'information de la Régie régionale contribue à l'atteinte d'objectifs nationaux, régionaux ou locaux dans le domaine de la gestion de la ressource informationnelle par le biais de différents secteurs d'activités :

> planification, évaluation et financement des activités régionales et des dossiers spécifiques d'établissements,

> gestion des opérations du technocentre régional (développements et déploiements nationaux et régionaux),

> planification d'un infocentre régional,

> formation des utilisateurs,

> support aux activités de gestion de la Régie régionale.

Pour le secteur des technologies et systèmes d'information, l'amorce du Défi de l'accès a d'abord coïncidé avec un exercice de planification stratégique national et régional. Nous présentons ici les principaux projets découlant de ces objectifs qui ont marqué la période 1998-2002.

Les projets incontournables

L'adaptation des systèmes et équipements informatisés au passage à l'an 2000 a été complétée avec grand succès. Ce dossier aura retenu notre attention dès octobre 1997 jusqu'en avril 2002 alors que la dernière contribution du Ministère a été transmise aux établissements. Globalement, nous avons reçu des demandes totalisant 75 M$. Ces demandes ont été analysées et une somme de 60 M$ a été approuvée. Un financement combiné Régie régionale/ Ministère de l'ordre de 45 M$ a été consenti.

Le déploiement de l'inforoute sociosanitaire proposé dans la planification stratégique du Ministère en 1997 a bénéficié et bénéficie encore d'un développement budgétaire assumé par ce dernier. Le déploiement technique s'est amorcé à l'automne 1998 et rejoint aujourd'hui la majorité des

établissements publics de la région. Des 141 établissements de la région, 119 ont accès à l'inforoute RTSS (Réseau de télécommunication sociosanitaire). La région a toujours maintenu une présence active aux comités de direction, d'ingénierie et d'assurance qualité du RTSS et a contribué autant qu'elle pouvait à répondre aux nombreux centres de recherche implantés dans les établissements du réseau.

L'implantation et le support au déploiement de *Lotus Notes* pour la transmission d'information au sein du réseau régional a débuté en octobre 1997 et se poursuit toujours. La région compte actuellement 22 500 utilisateurs répartis dans 94 établissements montréalais. La Régie régionale a clairement affiché son intention de valoriser *Lotus Notes* comme l'ont fait de grandes organisations comme Desjardins, la Ville de Montréal et IBM. Dans cette perspective, nous avons cherché à développer et à partager des applications qui favorisent ou supportent le continuum de services inter-établissements tout autant qu'une gestion collaborative des processus de travail.

Le technocentre régional

Si la notion de technocentre régional était encore embryonnaire au début de 1998, on comprendra qu'elle est rapidement venue s'ajouter au nombre des projets incontournables. Le technocentre a pour mission de développer, déployer et supporter des applications favorisant l'échange d'information entre les établissements de la région et de mettre en œuvre un infocentre régional.

Installé initialement dans les bureaux de la Régie régionale rue Saint-Denis, le technocentre régional se relogeait rue Christophe-Colomb, en septembre 1999, pour y héberger notamment les serveurs *Notes*, l'aiguilleur RTSS, mais aussi les serveurs des applications destinées aux établissements du réseau (CLSC, centres hospitaliers de soins de longue durée, etc.). La Régie régionale a donc assuré le financement de l'exploitation et des immobilisations au cours des trois premières années d'opération.

En 2001-2002, la Régie régionale a procédé à une réallocation récurrente de 4M$ pour assurer la pérennité du financement de cette infrastructure essentielle aux échanges d'information entre les professionnels et les gestionnaires œuvrant au sein du réseau régional de la santé et des services sociaux.

Les projets essentiels

Plusieurs autres projets jugés essentiels en 1998 ont bénéficié d'une attention particulière au cours des années qui ont suivi. Parmi ceux-ci, pensons aux déploiements nationaux des systèmes d'information clientèle en CLSC, des systèmes de gestion des urgences, du système d'information sur le dépistage du cancer du sein et du système des centres d'hébergement et de soins de longue durée. On doit également tenir compte des efforts soutenus qui ont mené au financement tout récent des systèmes de laboratoires et des systèmes dédiés aux centres jeunesse.

De façon plus autonome, la Régie régionale a assuré le développement d'outils de gestion et de suivi dans le secteur de la chirurgie cardiaque de même que pour le suivi de la situation des urgences. Elle a également supporté activement le développement et le déploiement d'outils d'échange d'information dans le réseau d'établissements montréalais notamment pour accélérer la transmission des avis de naissances et assurer une meilleure gestion des demandes de services et des prises en charge. Nos équipes ont participé à la définition de systèmes communs d'information pour les centres ambulatoires et verront prochainement à les développer.

Seuls quelques projets ont été retardés : on pense notamment au système d'information intégrée sur les activités transfusionnelles et l'hémovigilence ou les outils d'évaluation

de la pertinence des hospitalisations.

Du côté des établissements, des dossiers majeurs tels l'Infostructure de recherche intégrée en santé au Québec (IRISQ), Arc-en-ciel (HDN), la Société d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (SICHUM) et le futur Centre universitaire de santé McGill (CUSM) ont rejoint nos priorités pour s'ajouter à celles de la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ) en matière de carte santé, ou du Ministère en matière de dossier patient partageable, de requêtes-résultats ou tout bonnement d'un index patient provincial.

Un infocentre régional

Parmi les objectifs de l'année 2001-2002, une étude de faisabilité de la mise sur pied d'un infocentre régional a été amorcée. L'infocentre régional se veut un carrefour d'information pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux de la région. L'objectif principal est de donner accès ou diffuser l'information pertinente aux différents publics du réseau de la santé de Montréal : la population, les commissions régionales, le forum de la population, les établissements, la Régie régionale, la Direction de santé publique, les chercheurs, les enseignants et les étudiants.

LES ENJEUX DE L'AVENIR

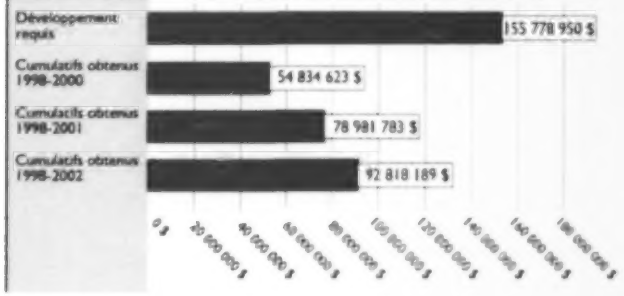
Il est clair que ces dossiers et plusieurs autres, dont ceux découlant des recommandations de la Commission Clair, du comité Bédard, ou des lois 82 (Loi sur l'administration publique) et 161 (concernant le cadre juridique des technologies de l'information) viendront colorer nos priorités des prochaines années, de même que les enjeux suivants :

- **Le financement du maintien des actifs technologiques et informationnels et des coûts d'opération récurrents des ressources informatiques,**
- **Le financement et l'harmonisation des technologies et systèmes d'information du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill,**
- **La protection des données personnelles du citoyen, la sécurité informatique, la gestion des documents électroniques à valeur légale,**
- **La carte santé : intégration et optimisation dans les établissements montréalais des deux cartes (carte santé des citoyens, carte d'habilitation des intervenants),**
- **L'uniformisation et la normalisation d'information clinique entre les différents réseaux de services,**
- **Le déploiement d'infrastructures répondant aux nouvelles orientations technologiques du Ministère,**
- **L'utilisation et l'intégration de données reliées à la performance du réseau,**
- **L'accès du public et du réseau à des données et à de l'information factuelle et opérationnelle sur les services offerts par les établissements.**

La situation **financière**

Pour la période 1998-2002, la Régie régionale estimait à 155,8 M$ les développements budgétaires nécessaires à l'atteinte des objectifs inscrits au Défi de l'accès. Elle a reçu et réparti 25,4 M$ en 1998-1999, 29,4 M$ en 1999-2000, 24,1 M$ en 2000-2001 et 13,8 M$ en 2001-2002. Après quatre années de mise en œuvre, la Régie régionale a atteint 60 % de ses objectifs de financement, soit 92,8 M$ de crédits de développement. Ceci explique en partie pourquoi certaines mesures n'ont pu voir le jour ou n'ont pu être réalisées complètement (voir tableau en annexe). Fait important à rappeler cependant, l'injection d'environ 160 M$ dans le réseau montréalais en 2000-2001 pour rehausser la base budgétaire des établissements publics afin de les aider à éponger leur déficit de même que l'apport significatif de 65 M$ en reconnaissance de certains facteurs de croissance de coûts ont contribué au maintien de conditions favorisant l'atteinte de nos objectifs.

Graphique 27
Développements requis et obtenus



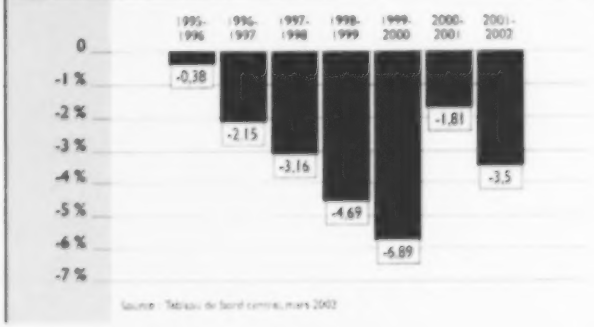
Le redressement de la base budgétaire et l'écart structurel

En 2000-2001, le Ministère a injecté quelque 225 M$ d'argent neuf dans l'enveloppe de crédits de la région de Montréal. Cette intervention avait pour but de redresser la base budgétaire des établissements et plus particulièrement des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et de reconnaître certaines situations exceptionnelles ayant un impact important sur les coûts de fonctionnement en

termes d'augmentation de volume d'activités (ex. : la dialyse) et d'évolution technologique (ex. : les nouveaux médicaments). Cet ajustement budgétaire a été rendu nécessaire afin de contrer le déficit croissant des hôpitaux qui continuent de répondre aux besoins de la population au-delà de leur capacité financière.

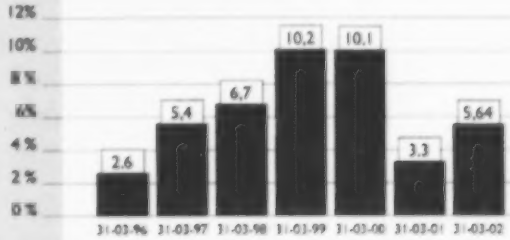
Malgré cette initiative majeure, l'équilibre budgétaire s'est rompu à nouveau dès l'année suivante. En effet, en 2001-2002, les centres hospitaliers ont enregistré un déficit de près de 145 M$, dont les deux tiers sont attribuables aux deux centres hospitaliers universitaires à clientèle adulte, soit le Centre universitaire de santé McGill et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Bien sûr, la contre-performance financière de certains établissements peut expliquer la moitié du résultat, mais il y a plus. Le réseau sociosanitaire doit composer avec un écart structurel très significatif entre le taux de croissance réelle des coûts d'opération et le taux d'indexation des dépenses alloué par l'État. De fait, ce dernier est un taux d'inflation qui ne reconnaît pas l'impact important de l'évolution de la démographie, des besoins de la clientèle et de la technologie. Or, c'est de l'ordre de 6 % à 7 % que les coûts augmentent à chaque année en moyenne, alors que l'indexation de la dernière année atteint à peine 2,6 % dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Graphique 28
Pourcentage de surplus ou déficit net



Source : Tableau de bord central, mars 2002

Graphique 29
Pourcentage des autorisations temporaires d'emprunt



Source : Tableau de bord central, mars 2002

Tableau 29
Écart structurel régional

PARAMÈTRES	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Augmentation des dépenses réelles *	6,96 %	6,12 %	5,46 %	N.D.
Taux d'accroissement budgétaire **	0,67 %	4,42 %	2,85 %	2,61 %
Écart structurel régional	6,29 %	1,70 %	2,61 %	N.D.

* Source : AS-471
** Source : Programmation annuelle du ministère de la Santé et des Services sociaux

Source : Direction Immobilisations et Finances, juillet 2002

Pour combler ce manque à gagner et viser l'équilibre budgétaire imposé par la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*, les établissements sont donc dans l'obligation de mettre en place des mesures d'efficience (ex : cibles de réduction de coûts par service, regroupement d'activités) qui s'avèrent insuffisantes la plupart du temps. C'est que la marge de manœuvre dont pouvaient disposer les établissements dans le passé s'est passablement effritée au fil des ans et le potentiel de rendement des diverses mesures de rationalisation des dépenses s'est considérablement affaibli. À défaut d'une reconnaissance adéquate des facteurs de croissance des coûts par le processus budgétaire, l'unique alternative pour la majorité des établissements de la région se situe dans les projets d'investissements (ex : informatisation, achats d'équipements plus performants) à haut potentiel d'économies. Mais la

encore, le soutien financier du Ministère est requis pour libérer les économies aux fins de l'équilibre budgétaire.

La modernisation des infrastructures

La modernisation des infrastructures a constitué une priorité régionale faisant partie intégrante du Défi de l'accès 1998-2002.

En plus des budgets habituellement consacrés au maintien des actifs dans les grands champs d'activités que sont les équipements généraux et les équipements médicaux spécialisés, la construction, les locations d'espaces, la modernisation des infrastructures et la buanderie, la période 1998-2002 a été marquée par des programmes d'investissements majeurs du Ministère qui ont permis de réaliser de nombreux projets tant au chapitre des infrastructures de soutien qu'à celui des équipements médicaux spécialisés.

Infrastructures de soutien

Deux programmes de financement du Ministère ont permis de réaliser en deux phases des investissements significatifs en matière de modernisation des infrastructures dans les domaines et secteurs suivants :

> services alimentaires,

> entretien sanitaire,

> buanderie-lingerie,

> entretien des installations matérielles,

> téléphonie,

> laboratoires cliniques (mise en réseautique),

> modernisation technologique d'activités pharmaceutiques,

> économies d'énergie et efficacité énergétique.

Le tableau suivant illustre les investissements de modernisation des infrastructures pour la période considérée et ce, pour un total de plus de 140 projets considérant des montages financiers impliquant le Ministère, la Régie régionale et les établissements.

Tableau 30
Investissements de modernisation des infrastructures

Modernisation des infrastructures	Investissements	Commentaires
PHASE I (1998-1999)	6 150 530 $	rendement de 50 % par projet
PHASE II (1999-2000)	7 535 361 $	rendement régional de 30 %
Maintien de l'actif		
(Régie régionale) - Phase II	3 409 748 $	
Économies des établissements – Phase I	10 069 146 $	
Total investi	**27 164 785 $**	

Par ailleurs, le Plan d'accélération des investissements du secteur public (PAIP) annoncé à la fin de 2001 a permis à la région de bénéficier d'investissements totalisant à ce jour plus de 56 M$. Ceci a permis le lancement de projets visant notamment l'entretien des immeubles et donc le maintien des actifs immobiliers, les secteurs des technologies de l'information, l'informatisation des laboratoires, l'amélioration de la qualité de vie des patients, des conditions de travail plus sécuritaires pour le personnel, le soutien au retour à l'équilibre budgétaire de certains établissements.

Équipements médicaux spécialisés : les investissements du Ministère

Trois programmes spéciaux de 200 M$, 119 M$ et 165,6 M$ ont été alloués sur une base nationale pour le remplacement d'équipements médicaux spécialisés particulièrement vétustes ou pour permettre l'acquisition d'équipements de dernière technologie.

Ces programmes ont notamment permis d'effectuer un rattrapage technologique significatif (remplacements, nouvelles acquisitions). Le tableau ci-joint illustre pour la région de Montréal les investissements réalisés par grandes spécialités ou domaines pour chacun de ces programmes.

Les investissements ministériels totaux de près de 143 M$ représentent pour la région une proportion de 29,5 % des

Tableau 31
Investissements en équipements médicaux spécialisés

Spécialités / domaines	300 M$	119 M$	165,6 M$	Sous-total régional
Bloc opératoire	5 489 000 $	4 928 000 $	6 652 000 $	17 069 000 $
Cliniques externes	2 762 000 $	3 966 000 $	2 271 000 $	8 999 000 $
Hémodialyse	2 920 000 $	825 000 $	240 000 $	3 985 000 $
Laboratoires	600 000 $	946 000 $	-	1 546 000 $
Médecine nucléaire	1 950 000 $	6 000 000 $	1 327 000 $	9 277 000 $
Monitoring	9 941 000 $	3 484 000 $	375 000 $	13 800 000 $
Imagerie médicale	23 978 000 $	14 250 000 $	42 639 000 $	80 867 000 $
Radio-oncologie	1 750 000 $	-	2 500 000 $	4 250 000 $
Respirateurs volumétriques	1 210 000 $	1 175 000 $	782 000 $	3 167 000 $
Total régional	**50 600 000 $**	**35 574 000 $**	**56 786 000 $**	**142 960 00 $**

investissements nationaux. Ces investissements se répartissent globalement comme suit : 78,2 % en projets de remplacement d'équipements et 21,8 % en projets d'acquisition et de développement.

Deux autres programmes spéciaux d'investissement ont également contribué à aider les établissements de la région pour les secteurs des équipements de soins (4,79 M$) et de la radio-oncologie (27,45 M$). Dans ce dernier cas, ceci a rendu possible une diminution significative des listes d'attentes ainsi que le rapatriement de clientèles traitées temporairement aux États-Unis en plus de permettre une mise à niveau technologique importante.

Les enjeux de l'avenir

- L'allocation des ressources aux établissements dans un contexte dominé par les rapports sur la fiscalité (Séguin) et par la budgétisation et la performance financière des établissements,
- L'allocation des crédits nouveaux selon des paramètres régionaux ou nationaux,
- Les ententes de gestion et d'imputabilité et la spécificité de Montréal – comment y mettre notre couleur ?
- La recherche de l'équilibre budgétaire des établissements vs l'accès aux services à l'aube d'une nouvelle planification régionale des services,
- La gestion stratégique des immobilisations,
- Les deux rapports Bédard et le défi de gérer par programme,
- L'acquisition des équipements médicaux spécialisés et surspécialisés qui influencent l'offre de services,
- L'endettement du réseau et l'application de la loi 197,
- La mesure de la performance dans tous ses aspects : efficience, efficacité clinique, de la gestion financière, réactivité (délais, satisfaction) et pertinence.

L'information à la **population**

Dès l'amorce du Défi de l'accès en 1998, nous avions misé sur la **qualité**, la **fiabilité** et la **pertinence de l'information** transmise à la population comme l'une des conditions de succès de notre plan. Nous voulions ainsi compter sur l'appui et la participation de citoyens informés, responsables et actifs. L'atteinte de cet objectif nécessitait que la population soit mise dans le coup au-delà de son exposition aux médias.

Nous nous étions donnés comme objectifs spécifiques en matière d'information les 7 mesures suivantes :	
1	Faciliter l'accès au réseau de services au bon moment, au bon endroit et pour le bon service;
2	Rendre accessible aux personnes oeuvrant dans le réseau toute l'information pertinente pour faciliter l'accomplissement de leur rôle;
3	Outiller la population pour accroître sa capacité de s'occuper de façon autonome et active de sa santé et de son bien-être, de collaborer aux services qu'elle utilise et de faire valoir ses droits;
4	Clarifier et faire connaître les engagements du réseau quant à la réponse aux attentes des usagers, au respect de leurs droits et aux standards de performance auxquels ils peuvent s'attendre quant à l'accès aux services;
5	Faire connaître les résultats obtenus et le degré d'atteinte de nos objectifs au plan de la qualité des services en rendant accessibles des indicateurs fiables;
6	Rassurer la population quant à l'accessibilité et à la qualité des services en lui fournissant des outils de référence objectifs, fiables et récurrents;
7	Améliorer la performance du réseau quant aux services d'accueil, d'information et de prise de rendez-vous.

Adhérer à ces objectifs, cela signifie se donner un rôle, un mandat : rendre la santé accessible par tous les moyens. Nous avons donc défini notre mission de communication et d'information autour de 3 axes : rassembler / coordonner / faciliter.

> Rassembler : en plaçant le citoyen au centre de ses préoccupations, la Régie régionale devient un outil de convergence pour tous les partenaires de la santé.

> Coordonner : pour le personnel du réseau montréalais et pour les établissements, la Régie régionale soutient le réseau et coordonne les mouvements des personnes et des budgets. Elle tisse des liens entre les intervenants et les établissements pour assurer la fluidité et la continuité de l'information et améliorer la qualité des services

> Faciliter : pour la population, la Régie régionale facilite l'accès en l'orientant juste à temps vers la destination désirée. Elle crée des liens, trace des chemins entre la population et le réseau, des liens et des voies d'information et de services en mettant l'accès de l'avant en priorité.

Au terme des quatre années de notre plan régional d'amélioration des services, nous pouvons affirmer que nous avons relevé le défi de l'information. Pour y arriver, nous avons suivi le plan de match que nous nous étions donné. Nous avons aussi bifurqué de notre chemin quand cela était nécessaire et avons, le plus souvent possible, saisi des opportunités de communiquer avec la population lorsque la possibilité se présentait. Voici donc, depuis 1998, les principales réalisations de la Régie régionale en matière d'information à la population :

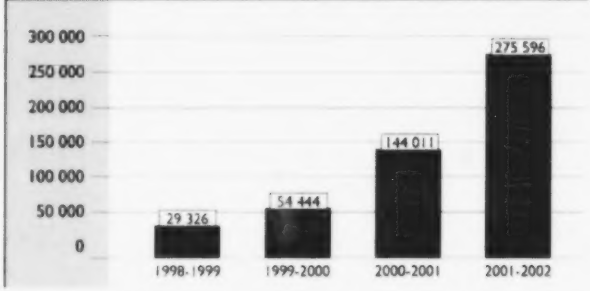
De *Direction Santé* à *Santé Montréal* !

Depuis maintenant 4 ans, la Régie régionale produit et publie à chaque année un guide d'information en 29 différentes versions, une par territoire de CLSC, qu'elle distribue dans tous les foyers de l'île de Montréal (900 000 exemplaires). Cette brochure a pour but d'informer les Montréalaises et les Montréalais sur les services de santé et les services sociaux de première ligne, sur le service Info-Santé CLSC, sur les ressources utiles dans le quartier et sur les services médicaux sans rendez-vous à proximité du domicile des gens. Ce guide, qui s'appelait initialement Direction Santé, constitue une réponse à des questions d'accessibilité et un outil pour obtenir de l'aide. Rebaptisé Santé Montréal, il est devenu un complément utile au site internet de la Régie régionale.

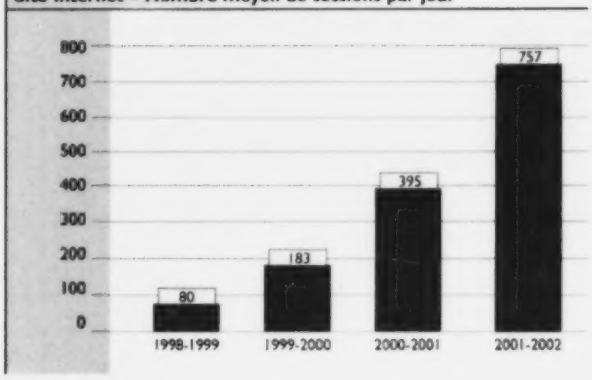
www.santemontreal.qc.ca

Le site internet de la Régie régionale, lancé en 1997, a soutenu tout au long de la période du Défi de l'accès les activités de communication destinées à la population. Rajeuni, renouvelé et plus interactif, le site de la Régie régionale est constamment enrichi et alimenté à même l'actualité régionale et nationale. Ce puissant canal de diffusion vient supporter les projets de communication reliés aux grands enjeux régionaux, aux améliorations apportées aux services du réseau montréalais et aux développements en matière de services à la population. Le

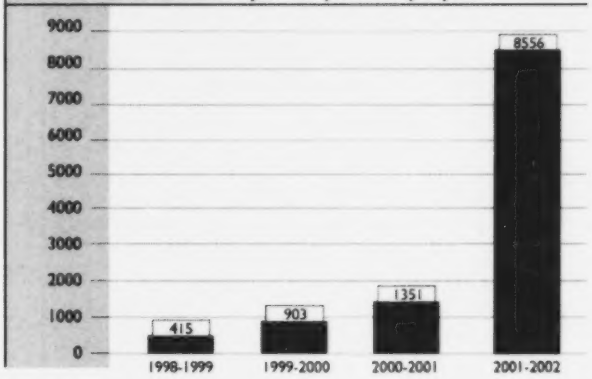
Graphique 30
Site Internet – Augmentation du nombre de sessions



Graphique 31
Site Internet – Nombre moyen de sessions par jour



Graphique 32
Site Internet – Nombre moyen d'impressions par jour



site est devenu avec le temps un moyen d'information et de diffusion de tout premier plan et il facilite l'information sur l'accès aux services.

Cartes STM et Planibus

La Régie régionale et la Société de transport de Montréal ont établi, depuis maintenant 3 ans, une entente de partenariat qui fait de la Régie régionale l'unique commanditaire des cartes murales, des cartes de trajet du métro et des planibus sur lesquels on retrouve la localisation des 29 CLSC et des 17 hôpitaux avec urgences sur l'île de Montréal.

Publicité dans les journaux

Que ce soit dans les quotidiens ou par le biais de la trentaine d'hebdos locaux sur l'île de Montréal, lorsque la situation le nécessitait, la Régie régionale a eu recours à la publicité dans les médias écrits et à la radio afin de transmettre des messages ciblés d'intérêt public. Ce fut le cas, notamment, pour renseigner la population montréalaise sur les services médicaux en cliniques et en CLSC, accessibles pendant la période des Fêtes en 2000 et en 2001.

Des outils d'information

Plusieurs outils d'information variés ont été produits afin de faire connaître des projets régionaux : Projet jeunesse montréalais, campagne en santé mentale, déficience intellectuelle. En matière de santé publique, de nombreuses activités, projets, mesures en matière de promotion et de prévention de la santé et du bien-être, notamment les campagnes annuelles de vaccination, l'information utile sur la qualité de l'air, de l'eau et du sol, sont supportés par une panoplie d'outils d'information adaptés aux clientèles viblées.

De façon plus indirecte, la Régie régionale a investi dans l'information aux intervenants qui dispensent des services à la population en les outillant de façon à bien faire leur travail. Plusieurs moyens ont été utilisés pour rejoindre et informer les professionnels et soutenir leur travail au moyen de brochures et de bulletins d'information, de guides, dépliants, rencontres de formation et activités de relations publiques (journées d'étude, colloques, conférences et congrès).

C'est ainsi que la Régie régionale a saisi, au cours des dernières années, toutes les occasions, quand elle ne créait pas et ne suscitait pas elle-même les opportunités de communiquer et d'informer la population montréalaise, afin que cette dernière soit en mesure d'agir efficacement et de façon préventive sur sa santé et sur son environnement.

Ce bilan des réalisations en matière d'information fait ressortir

la nécessité de continuer à faire ce que nous avons fait, en nous efforçant de toujours mieux communiquer de façon continue et régulière avec la population montréalaise. L'enseignement des ces quatre dernières années soulève des enjeux qu'il nous faudra considérer à l'aube d'entreprendre la prochaine démarche de planification stratégique.

Les enjeux de l'avenir

> Profiter des opportunités qui se présentent, les saisir ou les créer pour ancrer les assises montréalaises de la Régie régionale,

> Savoir communiquer juste à temps, le bon message, aux bonnes personnes et en maximiser les retombées,

> Prendre le temps et les moyens d'établir des ententes et des partenariats stratégiques avec des organisations et des milieux montréalais dont l'action est déterminante pour la santé et le bien-être des Montréalaises et des Montréalais,

> Simplifier et rendre accessible l'information aux citoyens en matière d'accès aux services,

> Trouver la façon de clarifier et de faire connaître au réseau et à la population les engagements du réseau et les résultats des actions entreprises pour améliorer la prestation de services,

> Privilégier des moyens simples et concrets pour toujours mieux informer, de façon continue, le personnel du réseau montréalais de la santé et l'outiller adéquatement pour qu'il augmente sa capacité d'intervenir.

Annexe I

Tableau 32

Développements requis et obtenus pour le plan 1998-2002

	Développements récurrents requis pour plan 1998-2002	Développements récurrents obtenus 1998-1999	Développements récurrents obtenus 1999-2000	Développements récurrents obtenus 2000-2001	Développements récurrents obtenus 2001-2002	Total développements récurrents obtenus 1998-2002
> Santé physique						
3.1.12 Fonds développement accès spécialisés et ultraspécialisés						
Programmes prioritaires						
A) Cardiologie tertiaire						
. Cathéters	6 500 000 $				783 824 $	783 824 $
. Tuteurs	2 880 000 $	1 259 389 $	-418 289 $			841 100 $
. Défibrillateurs	1 262 000 $	638 000 $	220 000 $			858 000 $
. Chirurgie cardiaque adulte	3 910 000 $	1 983 561 $	1 407 039 $	8 750 000 $	1 434 000 $	13 574 600 $
. Chirurgie cardiaque pédiatrique	1 300 000 $	240 000 $	-240 000 $			
B) Transplantation	2 223 000 $					
C) Dialyse rénale	2 922 000 $		2 700 000 $			2 700 000 $
D) Accessibilité générale à la chirurgie	3 500 000 $		3 000 000 $			3 000 000 $
E) Neurochirurgie	1 977 000 $	707 490 $	67 554 $	401 300 $		1 176 344 $
F) Ophtalmologie	1 000 000 $	859 845 $	71 155 $	252 865 $		1 183 865 $
G) Orthopédie	1 800 000 $	2 555 465 $	-860 710 $	676 836 $		2 371 591 $
H) Instrumentation endoscopique		1 000 000 $	-1 000 000 $			
I) Autres besoins	7 092 000 $		422 324 $	225 000 $ [17]	75 000 $	722 324 $
. Autres						
. Centre ambulatoire Lakeshore						
. Radiologie diagnostique et autres						
J) Radio-oncologie	6 000 000 $		3 500 000 $	1 320 000 $	1 534 000 $	6 354 000 $
K) Résonnance magnétique	1 200 000 $		1 800 000 $ [17]		500 000 $	2 300 000 $
L) Consolidation du programme de traumatologie	2 000 000 $		1 100 000 $			1 100 000 $
3.1.14 Amélioration des soins postopératoires et posthospitaliers :						
services en CLSC	5 300 000 $	1 767 816 $	1 922 744 $	1 264 196 $ [17]		4 954 756 $
IVG		371 560 $				371 560 $
Sous-total Santé physique	**50 866 000 $**	**11 383 126 $**	**13 691 817 $**	**12 890 197 $**	**4 326 824 $**	**42 291 964 $**
> Personnes âgées						
3.2.1 Rehaussement de 2 326 lits en CHSLD à 2,5 h/s/j.	18 400 000 $					
3.2.3 Augmentation du taux de réponse	28 600 000 $		6 500 000 $	832 450 $	2 171 151 $	9 503 601 $
3.2.7 Augmentation des services à domicile en CLSC	22 500 000 $	8 561 530 $	5 117 511 $	3 158 536 $ [17]	2 267 482 $	19 105 059 $
Info-Santé	1 000 000 $	1 120 725 $				1 120 725 $
3.2.9 Mise en place d'un centre de jour						
3.2.10 Augmentation des services d'hébergement temporaire						
3.2.13 Ajout de 400 places d'hébergement non institutionnel						
Sous-total Personnes âgées	**70 500 000 $**	**9 682 255 $**	**11 617 511 $**	**3 990 986 $**	**4 438 633 $**	**29 729 385 $**
> Personnes ayant une déficience physique						
3.3.2 Services de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile (Développement CLSC)	1 700 000 $			148 456 $		148 456 $

Tableau 32 (suite)

		Développements récurrents requis pour plan 1998-2002	Développements récurrents obtenus 1998-1999	Développements récurrents obtenus 1999-2000	Développements récurrents obtenus 2000-2001	Développements récurrents obtenus 2001-2002	Total développements récurrents obtenus 1998-2002
3.3.4	Augmentation 5,6 M$ sur 3 ans aux budgets POSILTH des 29 CLSC	5 600 000 $	2 260 472 $	397 953 $	466 974 $ (2)		3 125 399 $
3.3.5	Augmentation 1 M$ aux CLSC pour le programme de soutien aux familles	1 000 000 $	1 000 000 $				1 000 000 $
3.3.7	Consolider la réadaptation axée sur l'intégration sociale (implants cochléaires et déficience langage-parole) *	9 139 450 $			687 000 $ (4)	120 000 $	807 000 $
Sous-total Déficience physique		**17 439 450 $**	**3 260 472 $**	**397 953 $**	**1 302 430 $**	**120 000 $**	**5 080 855 $**
> Déficience intellectuelle							
3.5.1	Injecter 12 M$						
	A) Résidentiel	5 800 000 $					
	B) Socioprofessionnel	3 000 000 $					
	C) Service d'adaptation et de soutien à la personne, à la famille et aux proches (CR)						
Sous-total des programmes en CRDI (A+B+C)		**8 800 000 $**			**2 400 000 $**	**1 500 000 $** (5)	**3 900 000 $**
	D) Soutien à la famille (CLSC)	2 300 000 $	332 063 $	156 378 $	116 003 $ (3)		604 444 $
	E) Troubles envahissants du développement (autisme)	900 000 $			1 256 586 $		1 256 586 $
Sous-total Déficience intellectuelle		**12 000 000 $**	**332 063 $**	**156 378 $**	**3 772 589 $**	**1 500 000 $**	**5 761 030 $**
**> Adaptation sociale ** **							
3.6.3.1	Se donner un plan régional d'action intersectoriel en alcoolisme et toxico. Île de Mtl	3 673 500 $		1 050 000 $	935 000 $	455 000 $	2 440 000 $
	A) Méthadone	1 300 000 $		1 200 000 $			1 200 000 $
3.6.1.1	Projet jeunesse montréalais		133 333 $				133 333 $
3.6.4.1	Défi de l'accès pour les jeunes de la rue			930 000 $	131 000 $	126 000 $	1 187 000 $
Sous-total Adaptation sociale		**4 973 500 $**	**133 333 $**	**3 180 000 $**	**1 066 000 $**	**581 000 $**	**4 960 333 $**
CLSC							
Autres			600 000 $ (6)	399 715 $ (7)	1 124 958 $ (8)	2 869 949 $ (9)	4 994 622 $
Sous-total CLSC			**600 000 $**	**399 715 $**	**1 124 958 $**	**2 869 949 $**	**4 994 622 $**
GRAND TOTAL		**155 778 950 $**	**25 391 249 $**	**29 443 374 $**	**24 147 160 $**	**13 836 406 $**	**92 818 189 $**

* Le budget de 9 139 450 $ dans les développements requis pour le plan 1998-2002 n'a pas été demandé lors de l'élaboration initiale du plan. Il fut ajouté la deuxième année, après la réalisation des bilans de services : 1 899 200 $ pour les services de réadaptation axés sur l'intégration sociale aux CR Lucie Bruneau, Constance Lethbridge et Institut de réadaptation de Montréal et 7 240 250 $ pour l'ensemble des services aux personnes ayant une déficience physique, à l'exception des services RFI et déficience motrice pédiatrique en cours de réalisation.

** La Régie régionale a obtenu un budget sur une base déboursée de 990 000 $ et annualisée à 1 188 000 $ en 2000-2001 pour le jeu pathologique. En 2001-2002, un budget sur une base déboursée de 309 824 $ et annualisée à 929 472 $ est ajouté. Ce financement provient d'un fond spécial (Loto-Québec) et doit être reconfirmé à chaque année. Il est préférable de ne pas traiter ce développement au même titre que les budgets récurrents recensés dans le présent tableau.

(1) Un montant de 1,2 M$ est ajouté au montant de 600 000 $ paru dans l'édition du rapport annuel de l'An 3.

(2) Une correction est apportée au montant antérieur de 250 000 $.

(3) Ventilation des autres budgets en CLSC après l'édition du rapport annuel de l'An 3.

(4) Une correction est apportée au montant antérieur de 250 000 $.

(5) En déficience intellectuelle, un développement non récurrent de 2 101 130 $ obtenu en 2001-2002 deviendra probablement récurrent en 2002-2003.

(6) En CLSC, pour 1998-1999, 600 000 $ de développement a été alloué à l'équité.

(7) En CLSC, pour 1999-2000, 399 715 $ de développement a été alloué à la location.

(8) En CLSC, en 2000-2001, le budget de 1 124 958 $ est alloué aux programmes santé mentale (333 727 $), enfance famille (317 350 $), services à la cour (403 881 $) et services sociaux courants (70 000 $).

(9) En CLSC, en 2001-2002, le budget de 2 869 949 $ est alloué au programme jeunesse.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTRÉAL-CENTRE

ERRATUM

Page 41

Les titres des graphiques 20 et 21 devraient se lire comme suit :

Graphique 20
Aide domestique – Clientèle par groupe d'âge

Graphique 21
Aide domestique – Heures de services rendus

Dans Maintien à domicile – Bilan

Il aurait fallu lire : il s'agit d'une augmentation de clientèle de 27 % par rapport à l'année 1997-1998 au lieu de 59 %.

Page 95

Dans la section : Les enjeux de l'avenir
Lire loi 107 au lieu de 197

MONTRÉAL CENTRE

Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux
Bilan et enjeux

Le défi de l'accès 1998-2002

> FAITS SAILLANTS

MOT DU PDG

Le Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 - le Défi de l'accès - a guidé l'action de la Régie régionale au cours des quatre dernières années. Au terme de ce plan, un bilan a été produit. Il nous permet de mesurer l'atteinte des objectifs du Défi de l'accès mais surtout de dégager les enjeux du futur qui serviront à bâtir notre prochain plan 2003-2006. Nous présentons ici quelques-uns des principaux faits saillants et enjeux qui s'y rattachent. Je vous invite à vous approprier le document pour mieux connaître l'état de notre réseau de la santé et des services sociaux et afin de participer activement à la nouvelle planification des services à Montréal.

David Levine

David Levine

LE DÉFI DE L'ACCÈS - PLAN D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002

- ✓ Pas de fermetures ou fusions massives d'établissements
- ✓ 6 continuums de services et 12 mesures centrales axées sur :
  - la réduction des délais pour la population dans des services ciblés
  - des groupes plus vulnérables de la population
- ✓ Meilleure coordination entre les établissements
- ✓ Un accès plus simple aux services médicaux de première ligne
- ✓ Intégration des priorités de prévention
- ✓ Mobilisation des employés du réseau de la santé
- ✓ Adaptation des services aux besoins
- ✓ Ajout de budgets ciblés pour réduire les délais

L'injection de 225 M$ dans le réseau montréalais en 2000-2001 a contribué au maintien de conditions favorisant l'atteinte de nos objectifs :

	225 M$
Rehaussement de la base budgétaire des établissements publics	160 M$
Reconnaissance de certains facteurs de croissance de coûts	65 M$

Le réseau socio-sanitaire doit composer avec un écart structurel significatif entre le taux réel des coûts d'opération et le taux d'indexation des dépenses alloué par l'État :

Écart structurel régional

Paramètres	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**
Augmentation des dépenses réelles	6,96%	6,12%	5,46%
Taux d'accroissement budgétaire	0,67%	4,42%	2,85%
Écart structurel régional	**6,29%**	**1,70%**	**2,61%**

LE FINANCEMENT : OBJECTIF ATTEINT À 60%

Continuums	**Développements requis 155,8 M$**	**Développements obtenus 92,8 M$**
Santé physique	50,9	42,3
Personnes âgées	70,5	29,7
Déficience physique	17,4	5,1
Déficience intellectuelle	12,0	5,7
Adaptation sociale	4,9	4,9
CLSC (autres)		4,9

*Les montants ont été arrondis à la décimale.

Les enjeux

- L'allocation des ressources aux établissements dans le contexte des deux rapports Bédard
- L'allocation des crédits nouveaux selon des paramètres régionaux
- Les ententes de gestion et d'imputabilité et la spécificité de Montréal - comment y mettre notre couleur ?
- La recherche de l'équilibre budgétaire des établissements vs l'accès aux services à l'aube d'une nouvelle planification régionale des services
- La gestion stratégique des immobilisations
- L'acquisition des équipements médicaux spécialisés et surspécialisés qui influencent l'offre de services
- L'endettement du réseau et l'application de la loi 107 (équilibre budgétaire du réseau public)
- La mesure de la performance dans tous ses aspects : efficience, efficacité, adaptation et pertinence

QUELQUES FAITS SAILLANTS

Continuum de services en santé physique

Améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne

L'objectif visant à assurer à toute la population du territoire la prestation continue d'une gamme complète de soins et de services de santé de courte et longue durée n'est pas encore atteint. Le constat : un morcellement des ressources (plus de 400 lieux de pratique pour les services médicaux courant) et une difficulté à assurer des services de façon continue. Cependant, des étapes importantes ont été franchies : la mise sur pied du département régional de médecine générale (DRMG) et l'adoption de leurs quatre priorités pour la région de Montréal : la mise en place des groupes de médecine de famille (GMF), la réorganisation des services médicaux en maintien à domicile (MAD), les clientèles vulnérables en salle d'urgence et le réseau d'accessibilité.

Les enjeux

- Implanter les nouveaux modèles d'organisation de médecine générale : cliniques réseau et groupes de médecine familiale (GMF)
- Rapidité de l'implantation
- Prise en charge des clientèles vulnérables : personnes en perte d'autonomie ou en soins palliatifs à domicile, personnes souffrant de maladie pulmonaire, d'insuffisance cardiaque, de maladie mentale, de diabète
- Liaison avec les CLSC : accès aux services professionnels, au soutien à domicile, à Info-Santé et aux centrales pour l'accès 24 heures/7 jours

Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence

Entre 1998 et 2002, la durée de séjour à l'urgence a augmenté. La situation demeure préoccupante. Elle est l'illustration par excellence de la complexité du réseau et de l'interdépendance de ses composantes. Les solutions à l'engorgement des urgences se retrouvent dans l'ensemble du réseau de services et nécessitent la mise en œuvre concertée d'un ensemble de moyens.

	1998-1999	2001-2002
Séjours de plus de 24 heures	22,2 %	26,2 %
Séjours de plus de 48 heures	3,5 %	9,8 %

Les enjeux

- Implantation d'une première ligne médicale forte
- Pertinence des hospitalisations et de la durée des séjours
- Ouverture des centres ambulatoires
- Disponibilité des lits de courte durée
- Utilisation optimale des ressources d'hébergement de longue durée et de services de réadaptation
- Prise en charge dans la communauté des personnes en perte d'autonomie et des malades chroniques
- Implantation du guide de gestion des urgences dans toutes les salles d'urgence
- Implantation généralisée d'un système d'information clinique et administratif

Améliorer l'accès aux soins et services ultraspécialisés

Le nombre de chirurgies réalisées dans les secteurs ciblés a augmenté globalement à chaque année. Malgré cela, les délais d'attente ne diminuent pas car la demande pour ces services augmentent aussi chaque année.

Types de chirurgies	Chirurgies réalisées 1999 → 2002	Augmentation du volume de personnes desservies	Attente : % de la clientèle et délai
Cardiaque	4 883 → 5 066	4 %	41 % au moins 3 mois
Orthopédique - genou et hanche	2 172 → 2 392	9 %	40 % plus de six mois
Cataracte	15 160 → 20 521	35 %	25 % au moins 6 mois

Les enjeux

- Regroupement et concentration des services pour les soins ultraspécialisés : qui fait quoi et où ?
- Coopération inter-établissement pour utilisation optimale de la capacité régionale de production
- Développement de cliniques affiliées
- Prévention des chutes et des maladies cardio-vasculaires
- Mise en opération des centres ambulatoires
- Pénurie de personnel à contourner
- Développements ciblés vs capacité et priorités opératoires dans les hôpitaux généraux
- Gestion informatisée des listes d'attente et interconnectivité des systèmes d'information
- Ouverture des plateaux techniques aux médecins de la communauté
- Ajustement de l'offre et de la demande en fonction de l'ajout de nouveaux équipements et de la disponibilité du personnel en radiologie
- Informatisation des données dans le système d'information en radiologie et confidentialité des données

Continuum de services aux personnes âgées

Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie

Pour maintenir les personnes âgées dans la communauté, la tendance de l'hébergement institutionnel doit être renversée au profit du maintien à domicile, tout en augmentant et en améliorant les services d'hébergement pour les clientèles en plus grande perte d'autonomie qui les requièrent. À ce jour, nous sommes encore loin de notre objectif d'augmenter le nombre de places pour une clientèle nécessitant plus de soins. Le tableau suivant présente l'évolution des lits de longue durée en CHSLD pour 1998-2002 :

Situation	2,5 h.-s. et +	%	Total
1997-1998	6 084	44,1%	13 781
31 mars 2002	6 450	47,6%	13 542
Écart	366	3,5%	- 239

En 1997-1998, 22 771 personnes bénéficiaient de soins à domicile dispensés par les CLSC. En 2001, ce sont 28 834 personnes qui étaient desservies, soit une augmentation de clientèle de 27% par rapport à l'année 1997-1998.

Les enjeux

- Accès aux services médicaux à domicile
- Budget per capita visé à moyen terme
- Établissement d'une politique de soutien à domicile (partage des responsabilités entre différents secteurs)
- Concentration et intensification des services
- Développement, dans la communauté, de ressources alternatives à l'hébergement : ressources de type intermédiaire et familial, et logements sociaux avec services

Continuum de services en santé mentale

Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté

Le **Défi de l'accès** visait à poursuivre le passage d'un modèle d'hospitalisation vers un modèle de services dans la communauté. L'accès à ces services n'a pu se réaliser totalement par difficulté de réallouer toutes les sommes prévues, entre autres. Cependant, le développement de places et le transfert de personnes vers des ressources dans la communauté, en centres d'hébergement, vers les ressources résidentielles et en réadaptation sont bien amorcés et se poursuivent. La grande majorité des usagers hospitalisés pour lesquels nous avions planifié l'intégration dans la communauté ont quitté les hôpitaux ou sont en voie de le faire.

Les enjeux

- Instauration d'un réseau de soins partagés entre les omnipraticiens et les psychiatres
- Liaison entre la première et la deuxième ligne pour un réseau de services intégrés
- Sectorisation des services et choix des patients
- Développement du logement social avec services de soutien à la personne
- Redéploiement vs développement dans le contexte inter-régional

Alcoolisme / toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel

Environ 1 200 héroïnomanes ont bénéficié des programmes spécialisés pour le traitement à la méthadone. Les personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme/toxicomanie et de santé mentale ont aussi bénéficié de la mise en place de services, mais ces derniers restent à consolider.

Les enjeux

- Acceptation sociale des programmes d'aide et de soutien aux toxicomanes
- Travailler en partenariat, notamment avec la Ville de Montréal, aux problématiques sociales urbaines ou émergentes (jeu excessif, violence faite aux femmes, itinérance, accès au logement social avec services communautaires et de support)

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002.
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2002
ISBN 2-89510-106-X

Information tirée de :
Bilan et enjeux : Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux - Le défi de l'accès 1998-2002, Direction de l'information et de la planification, Octobre 2002.

Pour obtenir copie du document :
Services documentaires de la Régie régionale : (514) 286-5604
Section « Documentation » du site Web de la Régie régionale : www.santemontreal.qc.ca